Voir le résumé français
à la fin de chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ORGAN POLSKICH ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH

ZAŁOŻYŁ
ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK 1935.

ROCZNIK XII. ZESZYT I — II.

Z FUNDUSZÓW ZAPOMOG. POZNAŃSKIEGO WOJEW. ZWIĄZKU KOM.

CZCIONKAMI I DRUK. WOJEWÓDZK. SANATORJUM DLA NERWOWO-CHORYCH W KOŚCIANIE

TREŚĆ

SOMMAIRE

Voir le résumé français
à la fin de chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

ORGAN POLSKICH ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH

ZAŁOŻYŁ
ALEKSANDER PIOTROWSKI

REDAKTOR:
DYR. OSKAR BIELAWSKI

WYDAWCA I SEKRETARZ:
KAZIMIERZ GOLONKA

ROK 1935.

ROCZNIK XII. ZESZYT I—II.

Z FUNDUSZÓW ZAPOMOG. POZNAŃSKIEGO WOJEW. ZWIĄZKU KOM.

CZCIONKAMI I DRUK. WOJEWÓDZK. SANATORJUM DLA NERWOWO-CHORYCH W KOŚCIANIE

SKŁADALI: JAN GAJEWSKI
BOL. WŁODARCZAK

OD REDAKCJI.

Nagły zgon Założyciela wydawnictwa NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH, który przez przeszło 10 lat sterował jego losami, zostawił pismo w ciężkiej sytuacji poszukiwania nowych dróg rozwoju. Stoimy zatem na przełomie losów wydawnictwa. Od wydatnego poparcia jego współpracowników zależeć będą dalsze postępy, kierunek i naukowy poziom NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH. Redakcja zwraca się do wszystkich, którym drogi jest dorobek polskiej nauki, z prośbą o wydatne poparcie jej poczynań, zmierzających ku rozbudowaniu zaufania psychjatrycznego ogółu dla pisma, utrzymaniu jego wysokiego naukowego poziomu i wytyczeniu właściwego kierunku pracy.

Dotychczasowe wysiłki, zmierzające ku reorganizacji wydawnictwa zgodnie z opinją wyrażoną przez XIV-ty Wszechpolski Zjazd Psychjatrów w Krakowie, poszły po linji utworzenia Komitetu Redakcyjnego, który wspólnie z redaktorem dzieli odpowiedzialność za właściwy poziom i kierunek wydawnictwa.

Ustalone zostały zasady podziału zadań pomiędzy dwa psychjatryczne pisma w Polsce. Zgodnie z tym podziałem pracy wydawnictwo NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH poszło zdecydowanie w kierunku służby praktycznie pracującemu lekarzowi-psychjatrze, informowaniu go o aktualnych zadaniach opieki i lecznictwa psychjatrycznego.

Zostały poczynione kroki w kierunku stałej współpracy wydawnictwa ze wszystkiemi polskiemi zakładami psychjatrycznemi. W tym względzie inicjatywa Redakcji spotkała się z żywem i zdecydowanie przychylnem stanowiskiem wszystkich kierowników naszych psychjatrycznych szpitali, którzy zadeklarowali stały udział w ponoszeniu kosztów wydawnictwa, tak, że już dziś możemy pismo nasze uważać faktycznie za ORGAN POLSKICH ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH.

Oddając na tem miejscu raz jeszcze cześć pamięci Założyciela i składając wyrazy głębokiej wdzięczności za wytwałe poparcie Wszystkim Współpracownikom, należy podnieść, że byt NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH, które przetrwały okres najcięższych materjalnych zmagań w kraju, zawdzięczamy w pierwszym rzędzie głębokiemu zrozumieniu dla potrzeb polskiej wiedzy Sternikom Wojewódzkiego Związku Samorządowego Ziemi Poznańskiej, którzy nie szczędzili środków do utrzymania pisma na należytem poziomie i zapewnienia mu warunków prawidłowego i właściwego rozwoju.

W uznaniu tych zasług dla psychjatrji polskiej, XIV-ty Zjazd Psychjatrów Polskich w Krakowie uchwalił jednogłośnie przesłać w imieniu Polskiej Nauki na ręce Starosty Krajowego Ludwika Begalego wyrazy podziękowania.

AUX LECTEURS.

La mort brusque du Fondateur des NOUVELLES PSYCHIATRIQUES qui pendant plus de dix ans a présidé aux destinées de cette revue, l'a laissée dans une situation difficile: il s'agissait de rechercher des voies nouvelles suscepsibles de favoriser son expansion ultérieure. Nous traversons ainsi une période critique. L'avenir de notre revue, son orientation et son niveau scientifique dépendent entièrement de l'effort de ses collaborateurs. Aussi la Rédaction s'adresse-t-elle à tous ceux auxquels est cher le patrimoine de la science polonaise pour leur demander de contribuer à l'établissement d'un contact de plus en plus étroit entre la revue et le monde psychiatrique, au maintien de son niveau scientifique, à la recherche de l'orientation appropriée à lui donner.

Conformément à l'opinion exprimée par de XIV-e Congrès des Psychiatres Polonais à Cracovie, la revue a cherché tout d'abord à former un Comité de Rédaction appelé à assumer avec le rédacteur en chef la responsabilité du niveau et de l'orientation des NOUVELLES PSYCHIATRIQUES.

Les principes généraux nécessaires pour la répartition du travail entre les deux revues psychiatriques qui existent en Pologne out été fixés d'un commun accord. Selon ces principes la rédaction des NOUVELLES PSYCHIATRIQUES a mis résolument au premier plan le désir d'apporter au psychiatre-praticien, dans son

activité professionnele, tous les renseignements relatifs à l'assistance moderne aux psychopathes, ainsi qu'aux questions de thérapeutique psychiatrique.

Dans ce but des démarches ont été faites pour établir une collaboration constante avec tous les établissements psychiatriques polonais et obtenir l'aide matérielle nécessaire. La rédaction a trouvé à ce point de vue un accueil bienveillant auprès des directeurs de tous nos hôpitaux psychiatriques; ils se sont déclarés tout disposés à porter les frais de l'édition, de sorte que dès maintenant nous pouvons considérer notre revue comme „ORGANE DES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES POLONAIS".

En rendant ici encore une fois hommage à la mémoire du Fondateur de la revue et en exprimant notre profonde gratitude à nos Collaborateurs pour leur zèle inlassable, nous rappelons que nous devons l'existence des NOUVELLES PSYCHIATRIQUES qui ont traversé victorieusement la période la plus critique de notre pays, en premier lieu à la compréhension profonde des besoins de la science polonaise de la part des dirigeants de l'Association des Municipalités de la Poznanie qui n'ont rien négligé pour maintenir la revue sur un bon niveau et lui assurer une activité régulière et appropriée.

En reconnaissance de ces services rendus à la cause de la psychiatrie polonaise, le XIV-e Congrés des Psychiatres Polonais à Cracovie a décidé à l'unanimité de déposer entre les mains du Préfet M. Louis Begale des remerciements au nom de la Science Polonaise.

Z PRACOWNI NAUKOWEJ SZPITALA PAŃSTWOWEGO DLA PSYCHICZNIE CHORYCH W TWORKACH.

ANATOMJA PATOLOGICZNA PARKINSONIZMU POŚPIĄCZKOWEGO [1])

podał

Dr. Med. ZYGMUNT MESSING

Prosektor szpitala.

Pomimo 17 lat, które minęły od czasu, gdy Economo ogłosił swe pierwsze spostrzeżenia o nagminnem zapaleniu mózgu, pomimo bardzo bogatego piśmiennictwa, omawiającego to cierpienie, ostatnie słowo choćby w sprawie anatomji parkinsonizmu pośpiączkowego nie zostało jeszcze wypowiedziane.

Rozporządzam 7 przypadkami, opracowanemi histologicznie: 4 dotyczą przypadków, omówionych przeze mnie już na XIII Zjeździe Przyrodników i Lekarzy Polskich [2]), 3 następne pochodzą z Tworek. Pierwsze 4 dotyczą stanów parkinsonowskich wczesnych, w których czas trwania choroby nie przenosił lat 3; przypadki tworkowskie mają znacznie dłuższy przebieg — 9 do 12 lat — i różnią się od pierwszych obecnością zaburzeń psychicznych.

W przypadku I (Feliks P.), dotyczącym najmłodszego z obserwowanych, stwierdzamy brak zainteresowania otoczeniem, nawet własnym stanem. Chory jest uczuciowo tępy, zamknięty w sobie, nie bierze udziału w życiu oddziału, choć zna przyzwyczajenia sąsiadów. W czasie obserwacji szpitalnej wykazuje coraz większe zniedołężnienie psychiczne; chwilami zapada w stan odrętwienia i wtedy nie odpowiada na skierowywane doń pytania. Erotycznie podniecony.

Przypadek II (Jan M.) dotyczy 24-letniego ogrodnika. Żyje tylko życiem oddziałowem. Rodziną swoją nie interesuje się zgoła. Brak inicjatywy, brak szerszych zainteresowań. Inteligencja 10-letniego chłopca. Niewielkie zwolnienie wypowiadania myśli.

---

[1]) Odczyt, wygłoszony na XIV Zjeździe Psychjatrów Polskich w Krakowie w r. 1934.

[2]) Pochodzą z Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Dziwaczy. Śmieje się i płacze. Godzinami krzyczy, gdy ma jakieś życzenie. Jedno i to samo żądanie powtarza stereotypowo w ciągu całego dnia. Stan rzekomego autyzmu. Kontakt z otoczeniem minimalny. Stopniowo coraz większe zubożenie intelektu. Wybitne ubóstwo myślowe. Zobojętnienie. Zacieśnienie pola zainteresowania. Niesłychana stereotypowość. Nastrój przeważnie euforycznie przytępiały.

Przypadek III (Franciszek G.[1]) dotyczy 55-letniego murarza. Personalja podaje prawidłowo. W czasie nie orjentuje się zupełnie, w miejscu — częściowo, słabo — w otoczeniu. Z początku urojenia niewierności małżeńskiej, które wkrótce bledną, po nich — urojenia prześladowcze. Omamy wzrokowe, słuchowe, smakowe i dotykowe. Zapamiętywanie wypadków dawnych upośledzone. Stopniowo uspokaja się, jest jednak niezadowolony i kapryśny, zachowuje się autystycznie. Stereotypowo wypowiada te same urojenia.

Stan cielesny we wszystkich przypadkach w okresie końcowym odpowiada obrazowi parkinsonizmu. W połowie przypadków ogólne zesztywnienie było tak wybitne, że dochodziło do bezruchu zupełnego. Oprócz zwykłych dla parkinsonizmu zaburzeń mowy, w 3 przypadkach była zupełna niemożność mówienia. W przypadkach krótkotrwałych występowały wybitne zmiany troficzne skóry.

Badanie pośmiertne we wszystkich 7 przypadkach wykryło największe zmiany w istocie czarnej. Już gołem okiem widać, że istota czarna jest mniejsza niż normalnie i pozbawiona barwika. Zaobserwowaliśmy to w przypadkach tworkowskich (w poprzednich zostało to przeoczone, gdyż wtedy jeszcze nie umieliśmy patrzeć na istotę czarną). Zniszczenie komórek melaninowych istoty czarnej występuje wyraźnie zwłaszcza na preparatach barwionych sposobem Nissla i dotyczy głównie tej jej części, która nosi miano czarnej. W miejscu istoty czarnej, między mało zmienioną warstwą czerwoną i torebką jądra czerwonego, widać wąski pas zagęszczonej tkanki glejowej (blizna glejowa) z tu i ówdzie pokurczonemi, prawie bez barwika, komórkami melaninowemi; pozostałości melaniny leżą bądź pozakomórkowo, bądź w zarodzi mnożącego się makrogleju. Często komórki przydanki i komórki żerne są przepełnione melaniną. Oprócz melaniny

[1]) Demonstrowany na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego dnia 26.V.1927 r. przez kol. Handelsmana.

w obrębie istoty czarnej i w kuli bladej było dużo ziaren barwika zielonego. W pewnych miejscach barwik był złocisto-bronzowy. W poszczególnych przypadkach ocalały pewne grupy komórek istoty czarnej. Dalsze badania skrawków seryjnych powinny dokładniej określić umiejscowienie zmian chorobowych w istocie czarnej. W przypadku o najmniejszem zesztywnieniu (Franciszek G.) istota czarna była najmniej zmieniona.

Włókna rdzenne istoty czarnej były bardzo nieliczne, zwłaszcza jeżeli wziąć pod uwagę nadzwyczaj silne skurczenie się tego jądra. W warstwie czerwonej istoty czarnej włókna rdzenne są również przerzedzone.

Co do gleju w obrębie istoty czarnej, to przeważnie buja glej pierwoszczowy; w jego komórkach gromadzą się ziarnka melaniny i zielonego barwika. Glejowe komórki, gromadząc się wzdłuż naczyń, tworzą rzekome nacieki. W niektórych przypadkach były prawdziwe okołonaczyniowe nacieki limfocytowe z domieszką komórek plazmatycznych.

Wspólną cechą choroby E c o n o m o i H e i n e - M e d i n a jest znaczna rozległość zmian zapalnych w okresach wczesnych, ostatecznie jednak zniszczenie tkanki ogranicza się do niewielkiej przestrzeni, w chorobie E c o n o m o — do istoty czarnej, w innych miejscach układu nerwowego zmiany są o wiele słabiej wyrażone. Największych zmian szukać należy w okolicach, sąsiadujących z istotą czarną. To też często stwierdzamy zmiany w pallidum (przekrwienie, rozplem gleju pierwoszczowego, znaczne skupienia barwika zielonego), w podwzgórzu, w jądrze czerwonem i podwzgórzowem, w jądrach guza popielatego, jądrze ponadwzrocznem i jądrze blado-lejkowem. W neostriatum prawie zawsze rozpadają się duże komórki zwojowe, bywają one otoczone trabantami.

W śródmóżdżu cierpi okolica jąder nerwów okoruchowych, komórki zwojowe są w stanie obrzęku i chromatolizy, glej wybitnie buja; sine miejsce rozpada się często. Widziałem nacieki w okolicy jąder nerwu bloczkowego i pęczka podłużnego tylnego.

W rdzeniu przedłużonym widać niekiedy zwyrodnienie jąder wegetatywnych pary X oraz niektórych jąder istoty siateczkowatej. Oliwy dolne cierpią bardzo silnie: komórki zwojowe są wybitnie przerzedzone, skurczone, zawierają dużo lipoidu; glej buja, włókna łukowate brzusznej powierzchni oliw dolnych są wyświetlone. Uszkodzenie oliw dolnych ma, według Z a n d o w e j, wywoływać

pochylenie tułowia ku przodowi, jak to właśnie miało miejsce u naszych chorych.

Wbrew zdaniu wielu badaczy (Siegmund, Gross, Marinesco) stwierdziliśmy zmiany w korze móżdżka: wypadanie komórek Purkiniego i wybitne bujanie warstwy Fanana. W miejscu brakujących komórek Purkiniego widać małe komórki o bardzo skąpej zarodzi i pęcherzykowatem jądrze. Jądro zębate jest stłuszczone (zresztą i w stosunkach normalnych zawiera dużo tłuszczu). W rdzeniu kręgowym zmian charakterystycznych nie stwierdza się.

Co się tyczy zmian w korze mózgu, to dotąd opisano (Stern, A. Jakob, Wilskens, Poppi, Greenfield, Bertrand i Choróbski) rozlane i prosówkowe opustoszenia oraz różne zmiany komórek zwojowych. W przypadkach naszych nie byliśmy w stanie stwierdzić takich zmian kory mózgowej, któreby można uważać za typowe dla parkinsonizmu pośpiączkowego. Cytoarchitektonika jest naogół zachowana. W zanikłych okolicach kory, zwłaszcza w zrazach czołowych, rzadziej ciemieniowych, widać małe miejsca, pozbawione komórek w warstwach III i V. W jednym przypadku z wybitnemi zaburzeniami psychicznemi (Franciszek G.) w korze czołowej stwierdziliśmy przerzedzenie komórek w warstwie III-ej. W przypadkach o krótkim przebiegu komórki są w stanie chromatolizy, czasami w stanie ciężkiego schorzenia; występuje nawet neuronofagja i wybujałość gleju pierwoszczowego. W przypadkach długotrwałych obraz jest stosunkowo bardziej jednolity: komórki zwojowe w stanie piknozy o cechach ciężkiego schorzenia substancyj lipoidowych nie zawierają. Barwienie sposobem Bielschowsky'ego wykazuje rozpad włókienek nerwowych.

Jest wątpliwe, czy można wiązać zmiany w budowie komórek nerwowych z zaburzeniami psychicznemi, raczej zmiany te są wynikiem długotrwałego zatrucia toksynami gruźlicy, na którą cierpieli wszyscy nasi chorzy tworkowscy, tem bardziej, że brak tu odczynu glejowego. Objawy psychiczne mogą zależeć raczej od takich zmian, jak opustoszałe miejsca po zanikłych komórkach, zmniejszenie się ilości komórek w warstwie III kory czołowej. Jeżeli jednak zanalizujemy „psychozy" naszych chorych, to przekonamy się, że z wyjątkiem jednego przypadku (Franciszek G.), w pozostałych nie mamy do czynienia z chorobą umysłową we właściwem rozumieniu tego słowa: niema urojeń, halucynacyj, za-

burzeń ze strony intelektu i afektu, jest tylko zamknięcie się w sobie, brak zainteresowania otoczeniem. Stan taki dostatecznie tłumaczą zmiany w jądrach podstawowych. Nie są tu konieczne zmiany w korze mózgowej i prawdopodobnie nigdy nie stwierdzimy w korze zmian typowych dla t. zw. psychoz parkinsonizmu pośpiączkowego.

W przypadkach o wybitnych zaburzeniach mowy szczególnie duże zmiany dotyczą wyspy: duże piramidy są w stanie piknozy, zawierają dużo lipoidu, czasami rozpływają się, czasami znikają, występują miejsca pozbawione komórek. Te szczególnie ciężkie zmiany kory wyspy są podobne do stwierdzonych przeze mnie w jednym przypadku pląsawicy przewlekłej. Potwierdza to przypuszczenie R o s e g o, że kora wyspy ma związek z funkcją mowy.

Wiadomo, że objawy parkinsonizmu pośpiączkowego powoli, lecz stale nasilają się i prowadzą do zupełnego zniedołężnienia. W przebiegu parkinsonizmu występują również objawy nowe, nprz. napady zawracania gałek ocznych (crices oculogyres). Od czego więc zależy ten stale postępujący przebieg i te nowe objawy? Badania anatomiczne rozstrzygają tę kwestję. Wiadomo, że nawet w bardzo starych przypadkach parkinsonizmu tu i owdzie w układzie nerwowym znajdujemy nacieki zapalne, wskazujące, że sprawa zapalna nie wygasła i atakuje coraz to nowe obszary mózgu, wywołując nowe objawy kliniczne. Ślady drzemiącego zapalenia stwierdziliśmy i w naszych najdłużej trwających przypadkach. Fakt ten daje pewne wskazówki co do lecznictwa parkinsonizmu, mianowicie nawet w przypadkach bardzo przewlekłych i bardzo posuniętych nie należy zaniedbywać leczenia przeciwzapalnego, które, choć nie może wskrzesić zniszczonych części mózgowia, może jednak uchronić od powstawania nowych objawów.

Warto zaznaczyć, że nie stwierdziłem zasadniczej różnicy w obrazie anatomicznym między parkinsonizmem o krótkim i długim przebiegu.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA MALADIE DE PARKINSON POST-ENCÉPHALITIQUE

Dr. SIGISMOND MESSING.

L'auteur étudie 7 cas de Parkinson post-encéphalitique. Dans quatre cas la durée de l'affection dépassait pas 3 ans. Dans 3 cas l'affection avait duré bien plus longtemps, de 9 à 12 ans. Ces derniers cas étaient accompagnés de troubles psychiques.

Dans tous les cas les lésions attaquent avant tout le locus niger qui offre soit un aspect de destruction cellulaire complète à laquelle la névroglie substitue un foyer cicatriciel, soit des ilots cellulaires peu touchés, comme cela avait lieu dans un cas avec peu de rigidité.

Les régions avoisinantes sont moins endomagées, tel le pallidum, la région sousthalamique, les centres végétatifs dans la paroie du 3-me ventricule, le néostriatum, les III et IV noyaux, le faisceau longitudinal postérieur, quelque fois les noyaux végétatifs du X, certains centres de la substance réticulaire du bulbe. Souffrent encore les olives bulbaires et le cervelet. Le cortex n'offre pas de lésions caracteristiques pour le Parkinson post-encéphalitique.

Dans les cas accompagnés de troubles de la parole c'est surtout l'insula qui présente des lésions. La présence des infiltrations perivasculaires indique que le processus inflammatoire n'est pas arrêté en envahissant de nouveaux territoires, il provoque l'apparition de nouveaux symptômes.

OPIEKA NAD PSYCHICZNIE CHORYMI DAWNIEJ I DZISIAJ

RZECZ ZGŁOSZONA NA XIV ZJAZD PSYCHJATRÓW W KRAKOWIE

podał

Dr. TEODOR ŁAPIŃSKI.

W pracy tej zamierzam podkreślić niektóre aktualne dla nas zagadnienia z zakresu opieki nad psychicznie chorymi, zagadnienia, o których myśli się mało, mówi rzadko i których prawie wcale się nie urzeczywistnia.

Niezawsze psychicznie chorzy byli tak pielęgnowani i leczeni, jak obecnie. Przed narodzeniem Chrystusa w starożytnej Grecji psychicznie chorych trzymano w rodzinach, lekarze odwiedzali ich w domach prywatnych, podawano im lekarstwa, stosowano kąpiele, a ozdrowieńców zachęcano do zajęcia. Interesowano się już wówczas higjeną zapobiegawczą w dziale chorób psychicznych. W początkach ery chrześcijańskiej obłąkani znajdowali opiekę razem z fizycznie chorymi i kalekami. Były to nieraz duże zakłady, wspaniale zbudowane i urządzone. Później budowano szpitale przy klasztorach, gdzie jednocześnie z obłąkanymi mieścili się chorzy zakaźni i trędowaci. Istniały wtedy zakłady, przeznaczone specjalnie dla psychicznie chorych, niebezpiecznych dla otoczenia. Jednak psychicznie chorym poświęcano w owe czasy mało uwagi, nie wierzono w ich chorobę, sądzono powszechnie, że są opętani przez złego ducha. Najgorszy okres dla tych chorych w okresach ery chrześcijańskiej to stulecia XIV do XVII: jako czarowników i czarownice, więziono i trzymano ich na łańcuchach razem ze zbrodniarzami, sądzono, skazywano na śmierć, palono na stosach. W XVIII-em stuleciu, gdy już istniały szpitale dla psychicznie chorych, jeszcze łańcuchy, bicie, różne narzędzia tortur były tu na porządku dziennym. Zakłady ówczesne bardzo mało lub wcale nie różniły się od zwykłych więzień.

Stronie zewnętrznej odpowiadało w zupełności urządzenie wewnętrzne. Niepokój ruchowy chorego ukrócano zapomocą kaftanów krępujących, krzeseł; wielomównym i krzykliwym chorym kneblowano usta lub nakładano maski; chorych niespokojnych w celu uspokajania sadzano do huśtawek, wiercących się kół lub belek, chorych zaś gwałtownych trzymano w ciemnych celach, niekiedy całe tygodnie.

Stopniowo zaczęli się dostawać do zakładów chorzy spokojni, nie przedstawiający niebezpieczeństwa dla otoczenia.

Wśród światlejszych psychjatrów poczęło zdobywać sobie coraz więcej zwolenników przekonanie, że wszelkie środki mechanicznego krępowania nie są niezbędne w leczeniu psychicznie chorych, że środki te bywają często zbyteczne. W miarę zwiększania się w zakładach ilości chorych spokojnych strona zewnętrzna zakładów psychjatrycznych stopniowo zaczęła się zmieniać,

i siłą rzeczy stawały się one coraz bardziej podobne do zwykłych szpitali. Chorych gwałtownych, zamiast izolować lub fizycznie krępować, zaczęto za poradą Neissera uspokajać przymusowem leżeniem w łóżku. Wkrótce potem za przykładem znanego psychjatry niemieckiego Kraepelina zaczęto stosować u chorych podnieconych długotrwałe kąpiele ciepłe. Od tego czasu izolatory stopniowo pustoszały, a do środków krępujących uciekano się coraz rzadziej.

W miarę częstszego stykania się ludności z psychicznie chorymi z zakładu upadają liczne uprzedzenia i obawy przed tymi chorymi w społeczeństwie. Psychjatra Alt proponuje oddawanie psychicznie chorych spokojnych poza mury zakładu pod opiekę rodzin własnych lub cudzych, cieszących się zaufaniem otoczenia. Kramer buduje przy zakładach psychjatrycznych pawilony dla psychopatów, narkomanów i t. d., jednocześnie Bleuler organizuje zakład dla alkoholików w Ellikon w ścisłym kontakcie z kliniką psychjatryczną w Zurychu. W zakładzie psychjatrycznym zatem znajdują stopniowo pomieszczenie nietylko psychicznie chorzy, lecz również psychopaci i osobnicy w przypadkach, stojących na pograniczu między nerwicami i psychozami. Zakład stara się postawić chorego, w miarę możności, w warunki, zbliżone do prywatnego mieszkania[1]), o ile oczywiście pozwala na to dobro chorego i nie zachodzi niebezpieczeństwo dla otoczenia.

Dobroczynny wpływ zajęcia na stronę psychiczną i fizyczną obłąkanych nie mógł ujść uwagi światłych psychjatrów. Praca łagodzi cierpienia psychiczne, zmusza zapominać o braku wolności i daje pokarm do rozmyślań i dociekań z towarzyszami niedoli. Psychicznie chory, pracując, czuje się pożytecznym i czynnym członkiem społeczeństwa, odzyskuje zaufanie w swoje siły, nie zatraca poczucia odpowiedzialności względem społeczeństwa, autyzm słabnie, nastawienia tracą na sile, mózg jego nie jałowieje, energja, miast na bójki i swary, wyładowuje się w pracy. Chory, pracując, nie zrywa kontaktu ze swem życiem uprzedniem, wreszcie — tylko na zasadzie dokonywanej pracy możemy ustalić, czy dana jednostka jest zdolna do pracy wogóle i w szczególności do życia na wolności.

---

1) W szpitalu Jana Bożego na salę, uczęszczaną przez chorych, wprowadziłem koty i psy, w ogrodzie zaś króliki — chorzy krzywdy im nie robią. Próbowałem trzymać na oddziałach klatki z ptakami i ryby w akwarjach, lecz ptaki chorzy wypuszczali na wolność, rybom zaś rzucali jedzenie nieodpowiednie i zbyt obficie.

Stosując te zasady w szpitalu św. Jana Bożego, kierowałem chorych do zajęcia niezwłocznie już po wstąpieniu ich do zakładu, oczywiście po uprzedniem dokładnem zbadaniu — w przypadkach, gdy chory był podniecony. W ten sposób udawało mi się częstokroć wzmożoną ruchliwość chorego przystosować do pracy celowej. Pamiętać jednak należy, że chory w trakcie wykonywania pracy, zwłaszcza na początku, wymaga wzmożonego dozoru. Rzadko owo wczesne zajęcie chorego pracą w szpitalu pociągało za sobą jakieś niepożądane następstwa (chodzi tu przeważnie o wybuchy gniewu, rzucanie wyzwisk, znieważania czynne). W miarę rozwoju systematycznej pracy w zakładach psychjatrycznych zaniechano stopniowo długotrwałych kąpieli, stosowanych dawniej larga manu, przestano również wierzyć w leczenie długotrwałem leżeniem w łóżku. W związku z taką zmianą kursu pielęgnacji psychicznie chorego ilość ucieczek z zakładu oraz ilość czynów, zakłócających porządek i narażających bezpieczeństwo, znacznie zmalała, stwierdzono bowiem, że z usuwaniem przeszkód do swobodnego poruszania się dążność chorych spokojnych do własnowolnego opuszczania zakładu znakomicie się zmniejsza, a zaniechanie stosowania czynników fizycznego skrępowania odbiera choremu równocześnie jedną z bardzo częstych podniet do niepokoju. Nic też dziwnego, że w zakładach ze zorganizowaną na szerszą skalę pracą chorych izolatory stoją pustkami i narkotyki stosuje się tylko w przypadkach wyjątkowych, na salach panuje cisza, nie słychać krzyków, sprzeczek, nie widać siniaków — co w większych skupieniach ludzkich, spędzających czas na bezczynności, nie należy do rzadkości.

W taki sposób leczą i wychowują chorych w Szwajcarji, gdzie psychjatrja praktyczna święci prawdziwe triumfy dzięki taniości budowy i racjonalnemu prowadzeniu zakładów. Liczba chorych pracujących dosięga np. w Cery pod Lozanną 87%. Zazwyczaj pracujący chorzy otrzymują dla zachęty dodatek żywnościowy do podwieczorku; wogóle chorych pracujących należy wyróżniać i dawać im możliwie więcej swobody, zaś chorzy próżnujący winni być odosobnieni, dostawać skromniejsze jedzenie i nawet, w razie uporczywego lenistwa, winni zostać pozbawieni wizyt i t. p. Nierzadko przytem musi się otoczenie chorych pouczać, że praca wpływa dodatnio na przebieg choroby i należy do niezbędnych zabiegów leczniczych. Od pracy są wyłączeni: fizycznie chorzy, zahamowani, zamroczeni.

Z rozwojem budownictwa psychjatrycznego korytarze z szeregiem izolatorów stawały się coraz bardziej zbędne, jednocześnie przekonano się, że odosobnianie chorych wpływa ujemnie na ich uspołecznienie, że w samotności chorzy wprost dziczeją. Dla większej przejrzystości i łatwiejszego dozoru nie powinno być w zakładzie zakamarków. Miast wielkich gmachów, otoczonych wysokiemi murami, współczesna psychjatrja planuje szereg oddzielnych pawilonów, na pierwszy rzut oka nie różniących się niczem od zwykłych domów mieszkalnych. Zamiast wysokich murów poszczególne pawilony otoczone są w miarę potrzeby ogrodzeniami, mało różniącemi się od ogrodzeń zwykłej własności prywatnej.

Głód mieszkaniowy i brak pracy nie pozwalają zubożałemu społeczeństwu trzymać swych chorych w domu i zmuszają łokować ich w zakładach. Dzieci nienormalne, które przed wojną przebywały w sanatorjach prywatnych lub też były trzymane w domu, obecnie szukają pomieszczenia w zakładach. Z tych samych powodów szereg przypadków organicznego cierpienia mózgu, w ścisłem tego słowa znaczeniu, jak np. rozmaite niedowłady, niedomagania psychiczne wieku podeszłego, również nie znajdują miejsca w domu własnym. W zakładzie tedy obecnym przewidywać należy: 1) pawilony dla dzieci ze szkołą, 2) pawilony dla osobników zniedołężniałych, 3) oddzielny pawilon dla lekkich przypadków epilepsji, histerji i wogóle psychopatów, którzy dzięki nawrotom wymagają co pewien czas internowania w zakładach specjalnych, 4) pawilony dla alkoholików i narkomanów, wreszcie 5) pawilony pensjonarskie dla osób zamożniejszych, a więc urządzone z większym komfortem. W każdym pawilonie przewidziane być winno pomieszczenie, gdzieby chorzy mogli pracować.

Doniedawna hołdowano zasadzie, że psychicznie chorego należy oddawać do zakładu niezwłocznie po ujawnieniu zaburzeń psychicznych i trzymać tam aż do wyzdrowienia. Pomiędzy innemi uzasadniano pogląd ten obawą, że chory stać się może niebezpiecznym dla siebie lub otoczenia. Obecnie przeważa tendencja niespieszenia się z umieszczaniem chorego w zamkniętym zakładzie. Przeniesienie chorego z domu do zakładu z jego surowo przestrzeganemi przepisami, no — i ograniczeniami, może niekiedy mieć skutki niepożądane. Chorzy, pozostający w domu w kontakcie z otoczeniem i sprawami bieżącemi, odrywają się łatwiej od swych chorobliwych nastawień, szybciej

dochodzą do równowagi od swych towarzyszy, odciętych w zakładzie od świata. Tylko w razie stwierdzonego przez lekarza niebezpieczeństwa dla siebie lub otoczenia, lub gdy ma się do czynienia z osobnikiem, pozbawionym opieki otwartej, konieczne jest umieszczenie w zakładzie również chorego spokojnego. W ten sposób wypadki lżejszego zachorzenia trafiać będą odrazu do opieki pozazakładowej. W Brukseli, Liège, Louwanie i Gandawie — we wszystkich 4-ch większych miastach Belgji — powstały pod kierunkiem psychjatrów przychodnie, których jednym z celów jest ustrzeżenie chorego dorosłego czy dziecka przed umieszczeniem w zakładzie zamkniętym. Przychodnia stara się zatrzymać chorego w środowisku, w którem przebywał, będąc normalnym, aby uniknął w ten sposób zmian warunków i otoczenia, mogących źle wpłynąć na jego stan psychiczny. W Belgji do zakładów zamkniętych skierowuje się jedynie chorych niebezpiecznych lub wymagających specjalnych zabiegów leczniczych. Jeżeli stan chorego wymaga tylko usunięcia od rodziny, przychodnia umieszcza go w kolonji w Gheel.

Zamiast usuwania osobnika, potrzebujacego opieki, ze środowiska rodzinnego i społecznego, a więc ze środowiska naturalnego, do zakładu zamkniętego; zamiast obarczania społeczeństwa ogromnemi ciężarami finansowemi (budowa, eksploatacja zakładów) — lepiej jest pójść drogą odwrotną: niosąc pomoc materjalną i lekarską rodzinie, budzić w niej poczucie obowiązku w stosunku do człowieka, potrzebującego jej pomocy, dając niekiedy rodzinie możność spłacenia w ten sposób nawet długu (np. względem ojca, matki, rodzeństwa).

Opieka pozazakładowa w rodzinach obcych lub własnych, prawidłowo zorganizowana, może istnieć jedynie pod kierunkiem zakładu psychjatrycznego, gdzie zaś go niema, należy zorganizować ad hoc Towarzystwo Opieki nad Psychicznie Chorymi, samodzielne lub jako oddzielne koło.

Bratz przypisuje wielkie znaczenie stopniowaniu w traktowaniu psychicznie chorych w zakładzie: po przejściu zaburzeń ostrych chory, w miarę możności, winien przejść do otwartej części zakładu, a stąd, o ile stan zdrowia pozwoli, do opieki rodzinnej, początkowo na terenie zakładowym, a potem — poza ogrodzeniem zakładu. Następne stadjum — to pobyt w rodzinie, swojej lub obcej, w okolicach zakładu. Oczywiście chory, znaj-

dujący się w opiece rodziny swojej czy obcej, musi mieć zabezpieczoną opiekę lekarską, mieszkanie i pracę. Istnieją oczywiście chorzy, którzy się nie nadają do opieki rodzinnej, jak np. podnieceni erotycznie, chorzy z psychozą manjakalno-depresyjną i z organicznemi cierpieniami mózgu sensu stricto.

Traktowanie chorych w zakładzie winno być nawskroś indywidualne. Zakład nietylko leczy — ma on za zadanie przywracać społeczeństwu jednostki zdolne do pracy. — Jedną z najistotniejszych cech współczesnego zakładu musi być jego dostępność — łatwość dostania się, łatwość opuszczenia zakładu. Inaczej zakład, choćby największy, zapełnia się szybko i przestaje przyjmować chorych. Bez dobrze pomyślanej i prawidłowo zorganizowanej przy zakładzie opieki rodzinnej jest to rzecz nie do uniknięcia. Na pierwszy rzut oka wydaje się rzeczą prostą wypisać ze szpitala wszystkich chorych, nie wymagających dalszego pobytu w zakładzie. W rzeczywistości jednak napotyka to na poważne trudności, albowiem cały szereg chorych po wyjściu z zakładu nie miałby gdzie się podziać, a nadto wymaga jeszcze pewnej opieki psychjatrycznej i pomocy materjalnej. Nie ulega jednak wątpliwości, że wczesne wypisanie, wkrótce po ustąpieniu objawów ostrych, wywiera na chorego wpływ zbawienny, pomimo że zaburzenia psychiczne nie ustąpiły jeszcze w zupełności. Doniedawna panowała jeszcze wśród psychjatrów opinja, że psychicznie chory musi pozostawać w szpitalu aż do ustąpienia zaburzeń psychicznych. Tylko nieliczni badacze z Bleulerem na czele podnosili dodatnie wyniki wczesnego opuszczenia szpitala przez psychicznie chorych. Wojna z jej nędzą zmuszała zakłady psychjatryczne do zwalniania chorych przed wyzdrowieniem, a więc pomimo istniejących jeszcze u chorego omamów, urojeń i dziwactw. Obecnie sposób ten stosuje się w Niemczech na szeroką skalę. Coraz częściej daje się słyszeć zdanie, że długotrwałe internowanie w szpitalu stosowane lekkomyślnie bez naglącej potrzeby, odbija się ujemnie na psychice chorego. Najbardziej nadają się do wczesnego opuszczania zakładu schizofrenicy; nie nadają się chorzy erotycznie podnieceni, wypadki psychoz manjakalno-depresyjnych i większość psychoz t. zw. organicznych. Oczywiście każdy poszczególny przypadek przed wypisaniem musi być wszechstronnie rozważony. Alkoholicy, narkomani winni znajdować się stale pod opieką i co

pewien czas należy ich internować, zwłaszcza na początku kuracji odwykowej.

Pożądanem jest, by społeczeństwo było pouczane o właściwościach choroby psychicznej, zachowaniu się chorych i o postępowaniu z nimi. Zwłaszcza należy przy każdej sposobności tłumaczyć szerokim warstwom społeczeństwa, że nie należy obawiać się psychicznie chorych, przeciwnie — powinno się przekonywać otoczenie, że większość tego rodzaju chorych nadaje się do współżycia z ludźmi i staje się pożyteczną dla społeczeństwa, oczywiście pod warunkiem, że każdy taki chory będzie odpowiednio wychowany pod opieką doświadczonego psychjatry i wyszkolonego personelu pomocniczego, a co najważniejsze — że chorzy będą traktowani przez otoczenie po ludzku.

Ankiety w sprawie opieki pozazakładowej pozwalają stwierdzić płonność obaw przed wczesnem oddaniem chorego w taką opiekę. Warunkiem dobrych wyników opieki pozazakładowej jest: 1) żeby chorzy, leczeni w zakładzie, zostali odpowiednio do tej opieki przygotowani, a więc wychowani i ułożeni do pracy, co wyrobiłoby w nich zaufanie we własne siły i poczucie odpowiedzialności za swoje czyny, i 2) żeby istniała prawidłowo zorganizowana opieka rodzinna z fachowo wyszkolonym personelem, któryby odwiedzał chorych, pouczał otoczenie i pilnował, by chory był odpowiednio traktowany, żywiony i ubierany.

Społeczeństwo odnosi się nieufnie do zakładów psychjatrycznych i umieszcza w nich chorych z konieczności, sami zresztą chorzy wolą własne, nawet najskromniejsze mieszkanie, niż obszerne z kamfortem urządzone pomieszczenie zakładowe; rokuje to również opiece pozazakładowej rozwój pomyślny. Przed wojną istniały zagranicą zakłady, które w opiece rodzinnej skupiały setki i nawet tysiące psychicznie chorych, lecz wojna zrujnowała wiele z tych nadzwyczaj pożytecznych instytucyj. Obecnie rany, zadane organizacji społecznej przez wielką wojnę, zabliźniają się stopniowo. Opieka rodzinna tu i tam odżywa. Dziś jednak staramy się umieszczać chorych za pewną dopłatą, jeśli to tylko możliwe, w rodzinie własnej. Chorzy czują się najlepiej w tem środowisku, z którego pochodzą. Któż, jak nie swoi powołani są do pomagania i opiekowania się krewnymi w niedoli. W wypadkach, gdy w rodzinie własnej istnieje pewna niechęć do chorego, gdy wogóle rodzina własna nie nadaje się do opiekowania psychicznie

chorym, z tych czy innych względów, umieszcza się chorych w rodzinach obcych.

Wiele rodzin popada w niedostatek z chwilą, gdy choroba psychiczna dotknie ich członka lub żywiciela. W rękach dyrektora względnie zarządu miejscowego Towarzystwa Opieki nad Psychicznie Chorymi winny się znajdować pewne sumy na wspomaganie przez pewien czas chorego, który w takich warunkach opuszcza zakład.

Opieka rodzinna może funkcjonować prawidłowo tylko pod stałym kierunkiem doświadczonego psychjatry i przy pomocy odpowiednio wyszkolonego personelu pomocniczego, werbowanego z miejscowego zakładu psychjatrycznego lub też z Towarzystwa Opieki nad Psychicznie Chorymi. Zakład względnie towarzystwo kieruje chorego do opieki, zaopatruje go w miarę potrzeby w sprzęty, odzież, bieliznę, i t. p, i wybiera rodzinę, nadającą się do opiekowania się psychicznie chorym. Wyłączeni są z opieki rodzinnej chorzy, zagrażający bezpieczeństwu i moralności publicznej. Najodpowiedniejszymi do opieki okazują się schizofrenicy po ustąpieniu objawów ostrych. Szczególniejszą uwagę należy zwracać na chorych erotycznie podnieconych, — takich należy umieszczać w opiece z wielką ostrożnością. Chory wzgl. ozdrowieniec, znajdujący się w opiece rodzinnej, pozostaje nadal pupilem zakładu względnie towarzystwa, starać się jednak należy, by opieka taka nie przeciągała się za długo. W każdym razie skreślić z opieki można chorego, który ma zapewniony byt i opiekę przynajmniej na najbliższą przyszłość i którego stan psychiczny na to zezwala. Jeśli chory lub ozdrowieniec wymaga długotrwałej opieki, starać się należy, by koszty z nią związane były jak najniższe lub zostały przeniesione, przynajmniej częściowo, na rodzinę lub przynależną gminę. Pamiętać należy, że opiekunowie powinni być starannie dobierani i stale kontrolowani, przedewszystkiem zaś należy ich przed powierzeniem im chorych poddać pewnemu przeszkoleniu.

Istnieje kilka rodzajów opieki. System adneksyjny jest wtedy, kiedy na terenie i wokoło zakładu względnie działającego towarzystwa, powstają ogniska opieki pozazakładowej. System adneksyjny nadaje się do miejscowości z wielkiemi skupieniami ludzkiemi (Warszawa, Łódź i t. d.), w wielkich miastach racjonalniej jest umieszczać chorych w rodzinach własnych, jest to bowiem sposób tańszy, a opieka pewniejsza, — taki system

jest uprawiany w Warszawie. Pierwowzorem systemu koncentracyjnego czyli kolonjalnego jest kolonja w Gheel. Powstała ona wokoło grobu księżniczki Dymphne, która zginęła z morderczej ręki ojca. W średniowieczu grób jej zasłynął cudownemi uzdrowieniami, zwłaszcza ówczesnych obłąkanych — „opętanych przez djabła".

Esquirol znalazł w Gheel w każdym nieomal domu, gdzie był psychicznie chory, kajdany. Dlatego w 1848 roku władze intererwenjowały, a w r. 1852 opieka nad psychicznie chorymi, zamieszkałymi w Gheel, przeszła w ręce rządu. Kolonja jest uważana za instytucję dobroczynną, zależną od Ministerstwa Sprawiedliwości; jest ona oddana kierownictwu lekarza naczelnego, kontrolę nad nią pełnią komitety — naczelny i nadzorczy; w skład komitetu wchodzą: prokurator królewski, sędzia pokoju, burmistrz, proboszcz miejscowy, lekarze z kolonji i parę osób prywatnych, wyznaczonych przez Ministerstwo Sprawiedliwości.

U nas powstała samorzutnie opieka rodzinna na Wileńszczyźnie we wsi żydowskiej Dekszenie i rozwinęła się na szeroką skalę w miejscowości z ludnością ubogą. Tutaj opiekunowie żyją głównie z chorych, co się sprzeciwia kardynalnej zasadzie opieki pozaszpitalnej. W tak powstałych kolonjach niezbędny jest na miejscu oddział, któryby internował miejscowych chorych w razie obostrzenia cierpienia psychicznego, w razie zjawienia się choroby zakaźnej lub ciężkiego niedomagania fizycznego. Byłoby pożądanem, żeby każdy świeżo przybywający chory przebywał jakiś czas na takim oddziale, — w ten sposób miejscowym władzom lekarskim byłoby łatwiej zaznajomić się bliżej z danym osobnikiem i ustalić, czy i do jakiego stopnia opieki zaliczyć go należy.

Typ dyspersyjny obserwujemy wtedy, gdy chorych po wyjściu z zakładu rozprasza się po całym kraju i umieszcza w ich własnych rodzinach lub rodzinach obcych. Chorzy pozostają pod opieką Komitetów Parafjalnych, mających swych lekarzy, obeznanych z zasadami psychjatrji i pozostających pod koordynującym wpływem Głównego Urzędu Psychjatrycznego; tutaj wielką rolę odegrać może Towarzystwo Opieki nad Psychicznie Chorymi, resp. związek towarzystw, któryby powiązał już istniejące towarzystwa i organizował nowe tam, gdzie takich instytucyj niema. Tylko w takich warunkach przy wybitnej współpracy Zakładu można marzyć o postawieniu opieki na należytym poziomie.

Ilość psychicznie chorych wzrasta o około 4% rocznie i dosięga obecnie w Polsce liczby 100 000 osób, ilość zaś miejsc wynosi zaledwie 15 000. — Pomimo tak szczupłej ilości miejsc w wielu zakładach pozostają stale miejsca wolne,—z tego powodu nawet skasowano zakład nowoczesny w Wejherowie. Instytucje, samorządy, osoby prywatne nie mają środków na opłacanie kosztów utrzymania w zakładzie, również brak pieniędzy na budowę zakładów nowych. Przy takim stanie rzeczy całe rzesze obłąkanych pozostają i długo pozostawać będą bez należytej opieki psychjatrycznej lub też dostawać się w ręce osób niepowołanych i niewykwalifikowanych. Przykładem tych niepożądanych form opieki są ogniska opieki w Wileńszczyźnie, we wsi Kruznik pod Lublinem, w Łodzi, Będzinie, Częstochowie, Dąbrowie Górniczej, Sosnowcu, Brześciu nad Bugiem. W Deksznie np. stwierdzono, że chorzy mężczyźni zamieszkiwali razem z kobietami, głodowali, byli opanowani przez robactwo, niczem się nie zajmowali. Nadto opiekunowie traktowali rzecz całą jako swego rodzaju przedsiębiorstwo.

Z powyższego widzimy, że *położenie psychicznie chorych* pozostaje u nas nadal *w stanie rozpaczliwym*. Pisze się o tem wiele w pismach specjalnych i prasie codziennej, mówi się o tem na zebraniach instytucyj rządowych i komunalnych, towarzystw społecznych itd. Sprawą tą zajęło się ostatnio Ministerstwo Opieki. W słusznem założeniu, że opieka nad psychicznie chorymi *może się przeobrazić w przedsiębiorstwo*, obliczone na zysk, Ministerstwo uważa za konieczne *roztoczenie nad opiekunami* bacznego nadzoru. Aby udostępnić psychicznie chorym fachową psychjatryczną pomoc, należy dążyć, by osoby, przyjmujące chorych, organizowały się w kolonje podobnie, jak to się dzieje w gminach Budziskiej i Olkieniskiej. Opłata za chorych winna być uiszczana w zarządzie kolonji, który w ten sposób mógłby roztaczać kontrolę nad prawidłowością opieki i wypełnianiem zarządzeń lekarza. Dalej Ministerstwo zwraca uwagę, by do jednej rodziny przyjmowano nie więcej nad 3 osoby jednej płci. Pomieszczenie i teren otaczający winny odpowiadać wymogom higjeny, lekarz winien odwiedzać chorych najmniej raz na dwa tygodnie, w kolonjach większych do pomocy lekarzowi należy dodać pielęgniarkę. Opieka pozazakładowa bez doświadczonego psychjatry i wykwalifikowanej pielęgniarki istnieć nie może. Nadto lekarz opieki winien odwiedzać chorych w wypadkach nagłych. Bez względu na ilość chorych winna być zaangażowana pielęgniarka,

którąby często odwiedzała chorych, zwłaszcza tych, którzy pozostają w. rodzinie obcej. Taktowna, rozsądna i doświadczona pielęgniarka łatwo pozyskuje zaufanie pacjenta. Zadaniem pielęgniarki jest również wytłumaczyć opiekunowi i dopilnować wykonania wszystkiego co lekarz zalecił. W razie niezbędnego umieszczenia chorego w zakładzie — pielęgniarka stara się o subsydjum dla niego, przeprowadza szereg konferencyj z pracodawcą, by zachował dla niego zajęcie, by chory nie przerywał leczenia, zachowywał dietę, był odpowiednio żywiony, traktowany i t. d., wreszcie pielęgniarka wyszukuje dla niego odpowiednie zajęcie. Koniecznem jest, by opiekun miał zajęcie podstawowe, a nie utrzymywał się jedynie z opłaty za chorych.

Poza leczeniem, kształceniem, wychowywaniem chorych zakład, zwłaszcza prowincjonalny, winien szerzyć wokoło kulturę ogólną, popularyzować psychjatrję wśród szerszego ogółu i t. d. Praca niełatwa. Dlatego do pracy takiej wciągać należy z miejscowej ludności jednostki i towarzystwa, chętne do pracy społecznej.

Gereny na zjeździe w Antwerpji między innemi powiedział: „Wird der Moment gekommen sein, die Zukunft des Irrenwesens auschliesslich auf die Familienpflege zu begründen". W przeciwstawieniu do metod z czasów wojny, kiedy rozdawano psychicznie chorych pod opiekę obcych, proponujemy wzorem Kolba z Erlangen ześrodkowywać opiekę, oczywiście za pewną opłatą, w rodzinach własnych. W razie, gdy chory nie posiada rodziny lub gdy rodzina własna nie nadaje się do opiekowania chorym (znaczenie osobistych niechęci bywa często przesadzone), natenczas umieszcza się chorych w rodzinie obcej. Oczywiście psychicznie chory winien pozostawać poza murami zakładu pod opieką doświadczonego psychjatry, pracującego w zakładzie psychjatrycznym, lub też w odnośnem Towarzystwie, tam, gdzie zakładu niema. W realizacji planu opieki nad psychicznie chorymi winny zgodnie współdziałać wszystkie instytucje państwowe, samorządowe, społeczne i prywatne, na niwie społecznej pracujące. Ośrodkiem winno być miasto wojewódzkie, skąd działalność promieniowałaby na miasta powiatowe i inne, gminy i wsie. Konieczna jest odpowiednia propaganda (powiastki, ulotki, broszurki i t. d.), która winna dotrzeć do najodleglejszych wiosek. Zwłaszcza ważne jest uświadomienie społeczeństwa o istocie choroby psychicznej, o samych chorych i metodach postępowania z chorymi, o potrzebie opiekowania się nimi, wreszcie — o doniosłej leczniczej roli ko-

lonji dla psychicznie chorych. Pomoc należy indywidualizować. Chorzy jak już wspomniałem, winni pracować. Świadczenia trwać winny tylko czas pewien. Specjalną uwagę zwracać należy na pacjentów w rodzinach obcych, jest bowiem tak łatwo znaleźć odpowiednią rodzinę i uchronić chorego przed wyzyskiem i innemi nadużyciami. Działalność istniejących i mających powstać towarzystw i kół należy uzgodnić, by nadać naszej pracy jednolity charakter i kierunek, łatwiej bowiem będzie wtedy prowadzić wspólną propagandę, wyszukiwać odpowiednich ludzi, wreszcie — dzielić się osobistemi doświadczeniami.

Teraz przejdziemy do zagadnienia budowy i rozplanowania samego zakładu. Psychjatrja współczesna przewiduje w z a m k n i ę t e j c z ę ś c i (w połowie męskiej i kobiecej): 1) pawilony obserwacyjne dla nowowstępujących chorych, 2) pawilony dla chorych niebezpiecznych dla siebie lub otoczenia, 3) dla spokojnych, 4) dla niespokojnych, 5) pawilony dla chorych małouspołecznionych, t. zw. półspokojnych, 6) pawilony dla pensjonarjuszy I. i II. klasy, 7) pawilony dla psychopatów, alkoholików i narkomanów, 8) pawilon szkolny dla anormalnych dzieci, wreszcie 9) pawilon - infirmerję dla fizycznie chorych mężczyzn i kobiet z gabinetami Roentgena, z oddzielnemi salami dla chorych chirurgicznych z ranami czystemi i brudnemi, z salą operacyjną, salkami dla opatrunków czystych i brudnych, salą położniczą, z oddzielnemi pomieszczeniami dla chorych zakaźnych i t. p.

Otwarta część zakładu winna zawierać: 1) pawilony dla chorych spokojnych pracujących, 2) pawilony dla chorych niedołężnych z t. zw. organicznemi cierpieniami mózgu, 3) 2 baraki zapasowe na wypadek epidemji, remontu, pożaru, 4) pawilony bez służby, gdzieby chorzy sami koło siebie chodzili, wreszcie 5) domki w murach i poza murami zakładu dla chorych, udających się do opieki pozazakładowej, jako wstęp do życia na swobodzie lub przyszłej opieki pozazakładowej. Poza tem niezbędny jest stadjon sportowy do zabawy, ćwiczeń, gier, pływalnia i t. p.

Sanatorja dla alkoholików, narkomanów i wogóle psychopatów w i n n y b y ć a d m i n i s t r o w a n e p s y c h j a t r y c z n i e, dlatego najlepiej jest, gdy takie sanatorja stanowią c z ę ś ć s k ł a d o w ą lub też istnieją w pobliżu zakładu psychjatrycznego, ponieważ u osobników takich występują często gwałtowne zaburzenia psychiczne, co zwykle decyduje o internowaniu chorych w zakładzie i wszczęciu leczenia odwykowego.

Na część pomocniczą zakładu złożyć się winny: 1) dom administracyjny z bibljoteką naukową dla chorych, salą posiedzeń, gabinetem dyrektora, sekretarjatem, kancelarją, 2) budynek z mieszkaniami dla lekarzy, urzędników i służby, 3) sala rozrywek i kaplica, 4) dom modlitwy dla chorych innych wyznań, 5) centralny dom pracy, 6) warsztaty remontowe z ogólną kąpielą dla chorych z otwartej części zakładu i dla służby, 7) szkoła dla dzieci administracji z mieszkaniami dla personelu nauczycielskiego i żłobkiem, 8) zabudowania gospodarcze z kuchnią, spiżarnią, pralnią, suszarnią, kamerą dezynfekcyjną, prasowalnią, halą maszyn, elektrownią, kotłownią, 9) wieża ciśnień ewentualnie stacja pomp., 10) magazyn dla przechowywania rzeczy chorych, skład aparatów pożarnych, stajnia, wozownia, garaże, 11) dom przedpogrzebowy z kaplicą i salą sekcyjną, 12) folwark z mieszkaniami lekarza i rządcy, 13) ewentualnie cmentarz.

W domu administracyjnym należy umieścić pracownię chemiczną, psychologiczną, fizjologiczną, anatomo-patologiczną i t. d.

Słów kilka o przestrzeni, niezbędnej dla zakładu na 500 chorych. Oto, według K o l b a, odliczać należy na:

1. plac pod pawilony z chorymi, budowle pomocnicze i ogródki przy poszczególnych pawilonach . . .	od	9 do	12 ha.
2. na park dla chorych mężczyzn i kobiet	„	12 „	9 „
3. grunta uprawne dla chorych zdatnych do pracy w polu	„	90 „	150 „
4. pod domki rodzinne na terenie wewnętrznym zakładu, gdzieby zaufani żonaci pielęgniarze mieli pod swoją opieką chorych (po 0,5 ha na rodzinę) . .	„	2 „	10 „
5. pod domki rodzinne poza murami zakładu dla rodzin chorych które pod dozorem zakładu stale lub częściowo opiekowałyby się nimi	„	2 „	10 „

Z a k ł a d n i e p o w i n i e n z a w i e r a ć p o n a d 600 chorych, gdyż dyrektor nie jest w stanie ogarnąć większej ich ilości.

Ostatniemi czasy powstało u nas kilka zakładów, a w istniejących postawiono kilka nowych pawilonów. Budowle te w niejednem pozostawiają wiele do życzenia. Często, budując nowe pawilony, wzorujemy się jeszcze na zakładach z końca ubiegłego stulecia, mimo, że od tego czasu budownictwo psychjatryczne

znacznie postąpiło. Niektóre ubikacje w tych nowych budowlach ze swemi nieukrytemi rurami kanalizacyjnemi wprost zapraszają chorego do wieszania się. Spotykane na salach zakamarki, zagięcia i uchyłki niepotrzebnie utrudniają dozór. Wobec tak poważnych uchybień uważam za konieczne, ażeby sprawa budownictwa psychjatrycznego obudziła większe zainteresowanie ogółu psychjatrów i w przypadkach konkretnej realizacji była więcej przemyślana. W ten tylko sposób uniknie się zarzutów, że grosz publiczny wydaje się lekkomyślnie. Dobrzeby było, żeby w bibljotece każdego zakładu psychjatrycznego znajdował się podręcznik, traktujący o budownictwie psychjatrycznem. Dziś nie znamy rzeczy nowszej, wszechstronniej przemyślanej i bardziej szczegółowo opracowanej, od „Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten" Kolba.

Wobec braku środków Polska nieprędko się zdobędzie na odpowiadające naszym potrzebom zakłady. Wobec tego sfery miarodajne winny powołać do życia Radę, któraby się zajęła losem psychicznie chorych i opracowała szczegółowy plan organizacji opieki. Program taki winien obejmować dziesiątki lat. Oprócz psychjatrów i prawników do rady takiej winna być wydelegowana osoba, obeznana z możliwościami finansowemi kraju.

W 5-tym dziesiątku stulecia ubiegłego powstała w Londynie Rada Główna pełnomocników w zakresie opieki nad psychicznie chorymi; składa się ona z 7-iu osób: przewodniczącego o godności honorowej, 3-ch lekarzy i 3-ch prawników urzędowo płatnych. Członkowie Rady, w liczbie nie mniejszej nad 2 (lekarz i prawnik), zwiedzają zakłady społeczne i prywatne, a nawet mieszkania osób prywatnych, które utrzymują psychicznie chorych. Tak powołana u nas do życia Rada winna przedewszystkiem zapoznać się dokładnie z rozwojem historycznym opieki w kraju, dalej — członkowie Rady winni zetknąć się bezpośrednio w życiu z zagadnieniami psychjatrji praktycznej, jak opieka pozazakładowa, ujemne skutki przetrzymywania w zakładzie, stopień niebezpieczeństwa chorego dla porządku i t. p. Rada zapomocą dostępnych jej środków winna dążyć do budowania zakładów tam, gdzie są najwięcej potrzebne. Rada również winna ustalić, jaka część chorych nie wymaga internowania, a jaka znajdować się winna w opiece pozazakładowej.

Skąd jednak wziąć środki na budowanie tylu zakładów? Na czyich barkach spoczywać ma koszt utrzymywania chorych

w szpitalach i opiece pozazakładowej w rodzinie własnej i obcej? W Rosji w roku 1879 zatwierdzono decyzję, która polecała wydawać gubernjom ziemskim na budowę i ulepszanie zakładów psychjatrycznych do 50% kosztów, związanych z budową lub ulepszeniem danego zakładu. Od tego czasu w Rosji zakłady psychjatryczne, budowane przez odnośne samorządy miejskie lub wiejskie, otrzymywały doraźną pomoc ze strony rządu. W Anglji rząd dopłaca do chorego, przebywającego w szpitalu, 400 zł rocznie, w Szkocji ponosi $^1/_3$ wydatków, związanych z utrzymaniem chorych, w Szwajcarji każdy szpital psychjatryczny otrzymuje od władz zwierzchnich zwrot 40% rocznego rozchodu. Jak i kiedy ta sprawa rozwiązana zostanie u nas, nie wiadomo. Dotychczas w Polsce każda dzielnica kieruje się innemi przepisami. Obecnie zachodzi pytanie, jak uprzystępnić szpital niezamożnej ludności, na czyich barkach mają spoczywać koszty utrzymania psychicznie chorych ubogich, nie pracujących w żadnej instytucji, zwłaszcza w przypadkach cierpień, rozciągających się nieraz na długie lata bez widoków poprawy. W każdym razie chory winien być leczony w tej miejscowości, gdzie nastąpiła choroba lub jej ostre przejawy, prawodawstwo zaś powinno określić ściśle skalę kosztów, jakie ma ponieść rodzina, gmina, państwo. Słynny psychjatra rosyjski Buzenow proponuje by $^1/_{10}$ wydatków za ubogiego chorego ponosiła gmina, $^2/_{10}$ powiat, $^3/_{10}$ gubernja, resztę państwo.

Z tego krótkiego szkicu widzimy, jak wielkie trudności piętrzą się przed ludźmi, pracującymi wytrwale nad zorganizowaniem opieki nad psychicznie chorymi.

Ujemne skutki przetrzymywania chorego w zakładzie psychjatrycznym, zapoczątkowana przez Bleulera i uwieńczona powodzeniem tendencja do wypisywania chorych przed ustąpieniem objawów choroby, wreszcie fakt pozostawiania dziesiątków tysięcy chorych poza murami zakładu — utwierdzają mnie w przekonaniu, że większość psychicznie chorych, zamiast lata całe spędzać w zakładach zamkniętych, może istotnie pozostawać na wolności. Chorzy ci mogą być w rodzinach własnych lub obcych, oczywiście pod światłem kierownictwem opieki pozazakładowej, zależnej od istniejącego na danym terenie zakładu ewentualnie od Towarzystwa Opieki nad Psychicznie Chorymi.

Na XIII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Poznaniu wygłosiłem rzecz o konieczności zakładania w miastach wojewódzkich Towarzystw Opieki nad Psychicznie Chorymi, któreby pomagały

zakładowi w organizowaniu opieki pozazakładowej oraz szerzyły kulturę psychjatryczną. Podkreślam konieczność zakładania takich towarzystw, zwłaszcza w miejscowościach, gdzie zakładów niema. Towarzystwo takie winno stać się ośrodkiem opieki pozazakładowej. Niestety — referat mój nie znalazł większego odgłosu wśród członków Zjazdu. Tymczasem sprawa jest paląca i obawiam się, że będzie ona rozwiązana „dziko“ i „niesamowicie“ przez życie samo, a psychjatrzy przyjdą do gotowego.

Propozycja moja stworzenia ogólno polskiego Towarzystwa Opieki nad Psychicznie Chorymi nie jest utopją. W Niemczech istnieje prawo od r. 1870, które stanowi, że każda gmina posiada opiekę nad ubogim. Każda taka „gmina ubogich“ podlega władzy zwierzchniej, obejmującej dane państwo związkowe. Z pomocy tych instytucyj mają prawo korzystać oprócz stałych mieszkańców danej miejscowości jeszcze i inni, mający ponad lat 18 i zamieszkujący w danej miescowości więcej niż 2 lata.

Gmina ubogich obowiązana jest dawać każdemu potrzebującemu utrzymanie, mieszkanie, pracę i opiekę na wypadek niedołęstwa lub choroby. Dla Berlina istnieje specjalny komitet centralny, jego organami wykonawczymi są komitety dzielnicowe, które obowiązane są dawać jednorazowe lub miesięczne wsparcia biednym. Gmina opiekuje się również psychicznie chorymi, opuszczającymi szpital.

Reasumując, dochodzę do następujących wniosków:

1) Powstanie „dzikich przedsięwzięć żywicielskich“ i wogóle „niesamowitej“ opieki nad psychicznie chorymi świadczy o panującej w tej dziedzinie anarchji.

2) Sam rząd wzgl. samorząd, bez współudziału społeczeństwa, sprawy opieki nad psychicznie chorymi nie rozwiąże, dlatego też tworzenie we wszystkich miastach wojewódzkich wzlędnie powiatowych Towarzystw czy Kół Opieki nad Psychicznie Chorymi uważam za rzecz niecierpiącą zwłoki.

3) Stan psychjatrycznej wiedzy doby dzisiejszej z jednej strony, a zubożenie kraju z drugiej—przenoszą punkt ciężkości opieki nad psychicznie chorymi na opiekę pozazakładową, oczywiście zorganizowaną przy zakładzie lub przy odpowiedniem towarzystwie.

Od lat kilku na łamach pism i na zjazdach podnoszę sprawę opieki nad psychicznie chorymi. Wynikami mej pracy w dziedzinie szerzenia opieki pozazakładowej dzielę się stale z psychjatrycznym światem. Odnoszę jednak wrażenie, że moje poglądy na tę sprawę spotykają się z ostrym sprzeciwem niektórych psychjatrów, lecz uważam, że opozycja ta i bierność wynika jedynie z nieporozumienia.

Zapraszam zatem kolegów do wypowiedzenia się na łamach „NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH", zwłaszcza, że zainteresowanie szerszych kół psychjatrycznych tem zagadnieniem może posunąć znakomicie naprzód — teorytycznie i praktycznie — tak ważne dla naszego kraju zagadnienie.

L'ASSISTANCE AUX MALADES MENTAUX DANS LE PASSÉ ET DANS LE PRÉSENT

DR. T. ŁAPIŃSKI.

Après un brève aperçu historique, l'auteur examine les conceptions actuelles sur le traitment des malades mentaux. Il exprime l'opinion que l'asile d'aliénés qui jusqu'il y a peu de temps était l'unique institution destinée au traitement des maladies mentales, commence à devenir suranné et cède progressivement la place à une assistance bien comprise en dehors de l'asile. Un bel exemple nous en est donné par la Belgique. Là l'établissement hospitalier n'est que le point central d'une grande colonie, dans laquelle le malade est placé dans une famille, soit étrangère, soit la sienne propre. Ainsi se trouvent réalisées des conditions bien proches de la vie sociale habituelle. Les avantages que présente un tel mode d'assistance sont clairs. On obtient asinsi que le malade ne se renferme pas dans son monde morbide; la vie dans un groupe social organisé (chez les nourriciers) avec ses institutions, avec son organisation morale et juridique, fait que le malade ne „perd pas l'habitude" de la vie en commun, ce qui permet à l'état de récupérer dans un temps relativement court une unité d'une certaine valeur sociale.

Ensuite l'auteur examine les principes généraux qui doivent présider à la construction des établissements psychiatriques.

Enfin il présente l'état déplorable de l'assistance aux psychopathes en Pologne, état dû à l'insuffisance du nombre de lits disponibles dans les asiles, ainsi qu'à l'absence d'une assistance, bien organisée et enbrassant tout le pays, en dehors de l'asile.

Il adresse, par conséquent un appel pressant à tous les psychiatres polonais, en les engageant à créer dans le pays un véritable réseau de Sociétés d'assistance aux psychopathes.

La question paraît d'autant plus urgente qu'on voit surgir dans certaines contrées des „entreprises" privées d'un caractère plus que douteux qui se chargent, contre paiement, de „l'assistance", mais qui le font d'une façon qui jure avec les principes les plus élémentaires de la psychiatrie contemporaine.

L'auteur invite tous les psychiatres à exprimer leur à ce sujet dans les „Nowiny Psychjatryczne".

O REAKCJACH PSYCHOTYCZNYCH ZWIĄZANYCH Z WŁAŚCIWOŚCIAMI SZPITALNICTWA PSYCHJATRYCZNEGO

podał

Dr. STEFAN OBERC

W tytule pracy niniejszej użyliśmy rozmyślnie wyrazu „reakcje psychotyczne" w miejsce częściej spotykanego, bardziej utartego i mocą tą uzyskującego już prawo obywatelstwa, wyrazu „reakcje psychopatyczne". Ponieważ dziś wyrazy „psychopatja", „psychopatyczny" odpowiadają dość określonym zjawiskom psychopatologicznym, a reakcje, o których mowa, sięgają daleko poza granice psychopatycznej konstytucji, zarówno w kierunku psychoz, jak również w kierunku nerwic, przeto wyraz „reakcja psychotyczna" wydaje się ściślej ujmować rzecz, o którą nam tu chodzi.

Praca niniejsza ma za cel dokonanie krótkiego bodaj przeglądu tych różnych reakcyj psychicznych, wykraczających poza granicę norm psychicznego oddziaływania, które występują w następstwie zadziałań na chorego czynników, związanych ściśle z właściwościami współczesnego szpitalnego traktowania psychicznie chorych.

Zasadniczym rysem szpitalnictwa psychjatrycznego — musimy to przyznać — jest wciąż jeszcze system zamkniętych drzwi. Społeczeństwo pragnie się od chorego odgrodzić murami szpitala, ażeby się zabezpieczyć przed jego nieobliczalnemi wystąpieniami. W wyniku tego ciąży na każdym szpitalu psychjatrycznym, na usposobieniu niemal każdego pacjenta zmora detencji, tj. przymusowego pobytu w szpitalu. Nastrój każdego świadomego chorego, zamkniętego w szpitalu wbrew jego woli, przepojony jest prawie z reguły uczuciem rozgoryczenia, żalu, niekiedy rozpaczy, bezradności i zniechęcenia, względnie uczuciem wrogiem do otoczenia i władz szpitala.

Czynnik tego psychicznego nastawienia pacjenta, w związku z urazem psychicznym, wywołanym detencją, panoszy się w psychice większości chorych szpitali i odbija się smutnem echem na całokształcie zachowania się pacjenta na szpitalnym oddziale. Dalej

należy omówić również i te reaktywne następstwa pobytu chorego w szpitalu, które wypływają z innych właściwości régime'u szpitalnego.

Już sama zmiana otoczenia, zmiana warunków życia, do których się chory przyzwyczaił, oderwanie od środowiska, poczucie przymusu fizycznego itp., — wszystko to może i musi wywierać swój reaktywny, często wręcz ujemny skutek na i tak już chorobą nadwątloną psychikę leczonego. Zapoznanie się z tego rodzaju czynnikami ma cel nawskroś praktyczny, mianowicie — zrewidowanie urządzeń i organizacji współczesnego szpitalnictwa psychjatrycznego w celu ewentualnego usuwania, w miarę możności, postępu wiedzy i postępu środków technicznych, tych wszystkich czynników, które wpływają w sposób ujemny na chorego i warunkują u niego przemijające względnie stałe, ciężkie wzgl. lekkie zmiany psychotyczne natury reaktywnej.

Zgodzić się musimy, że każda reakcja psychotyczna chorego, wywołana specjalnemi warunkami pobytu w szpitalu psychjatrycznym, a więc warunkami, których poza szpitalem niema, względnie które tam są o nasileniu mniejszem, jest niejako przez nas psychjatrów zawinioną, a przynajmniej jest pozycją ujemną w bilansie wyniku pracy lekarza klinicysty. Ku tej pozycji deficytowej gospodarki psychjatrycznej musimy zwrócić czujną uwagę, ażeby tolerować jedynie zło konieczne i dołożyć starań do usunięcia z organizacji szpitala psychjatrycznego wszelkich tych czynników, które przecież usunięte być mogą.

Przeglądu wymienionych wyżej reakcyj najlepiej będzie dokonać według znanych nam typów reakcyj psychotycznych, zastrzegając się tylko, że dla braku miejsca wypadnie poprzestać na wyszczególnieniu jedynie reakcyj najbardziej częstych, najbardziej jaskrawych, a w skutkach bodaj najbardziej ujemnych. Wymienimy je zatem w kolejności ich frekwencyj i wagi dla poruszonej w tytule sprawy.

DEPRESJA.

Jest to najbardziej rozpowszechniony i najczęstszy typ reakcji pacjenta na oddanie go do szpitala. Depresję wywołuje cały szereg momentów psychicznych, wśród których oczywiście najbardziej dotkliwym urazem jest pozbawienie chorego wolności. Gdyby lekarz, wizytujący oddział, notował wszystkie samorzutne skargi oraz powody przygnębienia swych pacjentów (z wyłączeniem przy-

padków przygnębienia pozareaktywnego pochodzenia), stwierdziłby niezawodnie przytłaczającą większość stanów depresyjnych, stojących w bezpośrednim związku z uświadamianiem przez chorego poczucia bezradności w związku z pozbawieniem go swobody osobistej. Do tego dołączają się czynniki dalsze, jak dolegliwości, spowodowane oderwaniem od dotychczasowego otoczenia, od drogich choremu osób, okoliczność znalezienia się wśród otoczenia mało pociągającego, oderwanie od ulubionych zajęć i domowego ogniska, a postawienie w warunki zgoła odmienne od dotychczasowych i ograniczające w dużej mierze możność spełniania pragnień i życzeń pacjenta. Wszystko to, wzięte razem, wywołuje u chorego, w zależności od podstawowego stanu psychicznego, większą lub mniejszą depresję, niekiedy zaś zgoła długotrwałe stany rozpaczania, które oczywiście wpływają ujemnie na stan całego organizmu,—pogarszają sen, odbierają apetyt, zmniejszają ogólną odporność ustroju.

Przy bardzo nasilonych reakcjach depresyjnych uraz zajmuje całe psychiczne pole widzenia, myśli z nim związane nabierają cech idei nadwartościowych i liczyć się należy z czynami rozpaczy, które mogą pociągnąć za sobą targnięcie się chorego na własne życie względnie samouszkodzenie. U niektórych chorych, zależnie oczywiście od ich właściwości konstytucjonalnych, depresja może długo nie ustępować, nadto nasilać się nawet w wypadkach zwiększenia się względnie ponowienia działania bodźców reaktywnych, a więc np. przy odwiedzinach, z okazji świąt, do których są przywiązane drogie choremu tradycje domowe, z okazji rocznic i t. d. Oczywiście, że głównego czynnika, powodującego depresyjną reakcję—czynnika detencji—lekarz usunąć nie jest w stanie. Jednakże w wielu wypadkach uraz ten może znacznie osłabić, usuwając starannie z pod oka chorego symbole uwięzienia w postaci kluczy, krat, czy murów, łagodząc régime szpitalny i dostosowując warunki pobytu w szpitalu możliwie jak najbardziej do warunków, w których chory przedtem przebywał. Doświadczenie uczy, że często bardzo niekosztowne i dające się łatwo technicznie przeprowadzić zarządzenie, jak obdarowanie choćby piernikami solenizantów, uświetnienie w zakładzie tradycyjnych dorocznych świąt, organizowanie majówek, rozrywek i zabaw, urządzanie oddziałów w sposób jak najbardziej przytulny i t. p.—wszystko to przyczynia się do znacznego złagodzenia licznych objawów depresyjnych w szpitalu całym, a gruntowna znajomość przez

lekarza możliwie wszystkich mechanizmów psychicznych, warunkujących depresję w przypadku konkretnym, i indywidualne potraktowanie lecznicze każdego chorego zmniejszyłyby ilość tych reakcyj do niezbędnego minimum.

NAPADY, WYBUCHY GWAŁTU — KRZYKI, NAPADY ZEMDLENIA i t. p.

Drugim typem reakcyj psychotycznych, uwarunkowanych właściwościami organizacji współczesnego szpitalnictwa psychjatrycznego, a w szczególności — detencji, jest agresywny wzgl. bierny typ atawistycznej bezradności chorego w danej jego sytuacji życiowej. Oczywiście, że lekarz styka się z tego rodzaju reakcjami na każdym prawie kroku. Najczęściej typ ten spotykamy u debilów i epileptyków, pobudliwych, drażliwych, skłonnych do zaczepnego nastawienia wskutek doznanych cierpień poniżenia, dokuczania i krzywd, przeciw którym nie potrafią się bronić, a które naskutek często egocentrycznego nastawienia i osłabienia krytycyzmu, są przez chorego najczęściej bardzo wyolbrzymione. Zazwyczaj, nim wybuch nastąpi, kumuluje się on z wielu pomniejszych pobudzeń, wśród których dominuje wrogie nastawienie pacjenta do otoczenia, urządzeń i administracji szpitala, jako naturalne przeniesienie afektu, wywołanego dolegliwościami detencji. W tych warunkach błahy napozór powód, jak np. zarządzenie przesadzenia chorego na inny oddział lub do innego łóżka, zarządzenie zmiany charakteru zajęcia chorego, jakieś drażniące odezwanie się pielęgniarza o chorym i t. p., wystarczy, ażeby spowodować wybuch (zależnie od nagromadzonego materjału palnego i od konstytucjonalnego podłoża) o mniejszem czy większem nasileniu, niekiedy graniczącym z atakiem szału. W razie przełączenia ujścia energji na układ roślinny, mamy tu napady zemdlenia, drgawek, rzadziej stan długotrwałego snu, stany absence i t. p.

Jeśli zważyć, że każda reakcja psychotyczna tego typu powstaje u pacjenta w trakcie jego pobytu w szpitalu i zawdzięcza swoje powstanie niemal wyłącznie specyficznym warunkom, jakie w szpitalu istnieją, to nie będzie paradoksem postawienie tezy, że prawie wszystkie dopiero co omówione zaburzenia psychiczne są właściwie sztucznemi wytworami współczesnego szpitalnictwa, albowiem właśnie właściwościom tego ostatniego zawdzięczamy powstanie tych reakcyj. Oczywiście, że psychiczne pogotowie wewnętrzne stanowi korzystną dyspo-

zycję dla powstania tego typu reakcyj, jednakże jest rzeczą zupełnie jasną, że w szpitalu znajduje chory znacznie więcej okazyj do przełączania afektu na mechanizmy atawistyczne, albowiem cały szereg czynników, wymienionych powyżej, z dolegliwościami detencji na czele, nadto fakt dużego skupienia pobudzających się nawzajem chorych znacznie powstawaniu tych wybuchów sprzyja.

Statystyka za rok 1933 z zakładu w Kościanie, dotycząca uszkodzonych szyb, tego najbardziej natrętnego dla pacjenta symbolu zamknięcia, przedstawia się w sposób następujący:

Ogółem stłuczonych szyb	Ilość stłuczonych szyb jako wyraz protestu przeciw detencji (reakcja psychotyczna)	Ilość stłuczonych szyb pod wpływem omamów i urojeń	Ilość stłuczonych szyb wskutek zafałszowania orjentacji	Ilość stłuczonych szyb wskutek nieuwagi
249	172	46	12	19

Przytłaczająca zatem ilość uszkodzeń inwentarza szpitalnego, bo około 70% wszystkich uszkodzeń, jest spowodowana omawianemi powyżej reakcjami psychotycznemi, które zostały niejako sfabrykowane w samym szpitalu i właściwościami szpitalnictwa są uwarunkowane. Cyfry te są dość imponujące, aby wywołać zastanowienie i refleksje na temat poszukiwania dróg w kierunku możliwie najdalej idącego zmniejszania tych wypadków. Nie chodzi przytem o zmniejszenie materjalnych strat (temu zapobiec nie byłoby trudno przez wprawianie krat i okrętowych szyb, jednakże współczesna psychjatrja takie metody zapobiegawcze, jako niecelowe i nieterapeutyczne, powoli już zarzuca), chodzi tu o poważne zagadnienie z dziedziny lecznictwa psychjatrycznego. Wszak każdy wypadek zaburzenia psychicznego przytoczonego wyżej typu stanowiąc reakcję psychotyczną na szkodliwe warunki pobytu w szpitalu, jest jednocześnie nawracaniem do mechanizmów archaicznych, a więc jest objawem chorobowym, który lekarz winien się starać u chorego usunąć, zwłaszcza, że wpływa na pogorszenie ogólnego stanu psychicznego pacjenta i jest tem samem dla lekarza-klinicysty nad wyraz smutnem zjawiskiem, z którem myśl psychjatryczna walczyć powinna dopóty, aż zjawisko to ostatecznie ustąpi, lekarz bowiem, ograniczający się jedynie do zadań pielęgnacji i detencji psychicznie chorych, nie spełnia swego zadania w całej pełni, nie spełnia go w sposób, ze współczesnym stanem wiedzy zgodny.

Zarówno, jak przy omówieniu reakcji depresyjnej, tak i tu zaznaczyć należy, że jedyną drogą, po której lekarz iść winien,

jeśli pragnie zmniejszyć do minimum ujemme strony leczenia szpitalnego, musi znaleźć czas dla siebie i dla personelu pielęgniarskiego do nawskroś indywidualnego potraktowania każdego pacjenta, skłonnego do reagowania w sposób patologiczny. Jedynie w ten sposób uda się lekarzowi zażegnać bardzo znaczną ilość tych ujemnych z leczniczego punktu widzenia zjawisk, w wypadkach zaś, w których tego rodzaju reakcyj psychotycznych uniknąć się nie udało, zaaplikowuje się choremu tym razem naprawdę trafne, do jego charakteru i konstytucji odpowiednio dobrane, psychiczne leczenie (np. zabiegi psychagogiczne, sankcje i t. p.).

Indywidualna terapja wymaga zwiększania etatów stanowisk lekarzy i personelu pielęgniarskiego, bez czego wszelkie inne formy organizacji szpitalnictwa psychjatrycznego nie dadzą pożądanych skutków.

MECHANIZMY KATATYMICZNE

Obserwujemy często u chorych dążność do przerobienia przeżyć dolegliwych w kierunku, odpowiadającym jak najbardziej ich niespełnionym życzeniom. Jest to więc próba dokonania zmiany obrazu świata po linji hiponoicznych marzeń. Tego rodzaju reakcje zachodzą przy silnie rozwiniętych ambicjach życiowych oraz przy słabych zdolnościach osądzania rzeczywistości, bogatej fantazji i braku zdolności do realizacji wymarzonych planów. Mechanizm taki zachodzi często u psychopatów i debilów (zwłaszcza o schizotymicznej konstytucji), skazanych najczęściej wyrokiem sądów za antyspołeczne wystąpienie na dłuższy przymusowy pobyt w zamkniętym szpitalu psychjatrycznym. Zejścia z urojeniami wywyższenia względnie pieniaczenia są właściwe licznym psychozom, jednak katatymiczny charakter tych zejść wraz ze specjalnemi cechami produkowanych urojeń świadczą bezsprzecznie, że w dużej mierze stanowią one sztuczny produkt współczesnego szpitalnictwa psychjatrycznego.

Tu nasuwają się nam refleksje, które zawadzają nieco o zagadnienia etyki lekarskiej. Mianowicie zejście psychopaty w kierunku wytworzenia sobie reaktywnych mechanizmów natury katatymicznej bezwzględnie polepsza stan samopoczuciowy chorego, dając mu zadowolenie spełnienia niedoścignionych marzeń w wytworzonym przezeń świecie urojonym. Czy lekarz w wypadkach, gdy nie przewiduje rychłego zwolnienia ze szpitala, a tem samem przekreślenia źródła zasilania tych mechanizmów, winien jest przeszkodzić pacjentowi w wytwarzaniu takich reakcyj,

odbierając mu w ten sposób bodaj ostatnią radość życia? Zagadnienie to, jako poruszone mimochodem, pozostawiamy otwarte.

REAKTYWNE ZMIANY CHARAKTERU

Nie mniej poważnym momentem ujemnym długotrwałego pobytu pacjenta w szpitalu jest różnego typu indukcja psychiczna. Oddanie chorego do zakładu łączy się nietylko z odebraniem mu swobody dobierania sobie towarzystwa i rozwijania w społecznym kierunku poglądów i myśli, lecz przeciwnie stawia często chorego w warunki, pozbawiające go budujących wzorów, nadto daje wiele okazji do wypaczenia charakteru naskutek zetknięcia się z psychicznie mniej wartościowym ludzkim elementem, z ciężkimi psychopatami, którzy mogą ujarzmić nowicjusza siłą sugestji, imponując starszym wiekiem „doświadczeniem życiowem", despotyzmem, a nawet fizyczną siłą. W ten sposób, jeśli tylko czujna uwaga lekarza i inteligentnego personelu pielęgniarskiego nie zdąży temu zapobiec — może zostać wypaczone do gruntu niejedno zupełnie zdrowe życiowe nastawienia pacjenta. Zdawać musimy sobie sprawę, że niejeden psychopata względnie rekonwalescent po psychozie właśnie w szpitalu psychjatrycznym znajdzie okazję do „teoretycznego" przynajmniej zapoznania się z niektóremi nałogami, zboczeniami seksualnemi i wykroczeniami przeciw prawu. Zdawać sobie musimy również sprawę, że zapobiec szkodliwym indukcjom można jedynie w warunkach nawskroś indywidualnego leczenia, a więc gruntownej znajomości organizacji psychicznej każdego leczonego w szpitalu chorego, co dopiero pociąga za sobą odpowiednie rozmieszczenie chorych i właściwe leczenie.

Pominiemy tu mniej ważne pod względem praktycznym zaburzenia reaktywne, jak niektóre reakcje prymitywne, hypochondryczne i wreszcie cały arsenał reakcyj neurotycznych, albowiem tego rodzaju reakcje nie stanowią s p e c j a l n e g o skupienia dokoła murów i urządzeń zakładów psychjatrycznych i nie są im specjalnie właściwe. Tem niemniej doświadczony psychjatra wie, jak często ma do czynienia np. z urojonemi skargami pacjenta nowicjusza, który np. dostał się z tych czy innych powodów na oddział, gdzie dominującem cierpieniem będzie ciężkie zachorzenie kiłowe. Nowo przybyły nierzadko przyswaja sobie cały szereg skarg na niedomagania, zapożyczone od otoczenia, w którem przebywał, i może nawet wprowadzić, przynajmniej czasowo, w błąd lekarza, ofiarowując mu odpowiednio hipochondrycznie przerobiony wywiad. Zkolei

widzimy nierzadko, że świeżo przyjęta zorjentowana pacjentka, znalazłszy się, z tych czy innych przyczyn, na oddziale dla cieleśnie chorych, na widok tylu obłożnie chorych popada nagle w stan silnego fizycznego osłabienia, graniczącego z zemdleniem, odmawia przyjmowania pokarmu, staje się bierną i bezradną, a cały ten stan nie znajduje żadnego usprawiedliwienia w funkcjach somatycznych jej ustroju. Usunięcie chorej z oddziału ciężko cieleśnie chorych wystarcza, ażeby wszystkie wyżej wymienione objawy ustąpiły bez śladu.

Jakież wnioski należy wysnuć z powyższych naszych rozważań?

1) Detencyjny charakter psychjatrycznego szpitala oraz

2) organizacja urządzeń szpitalnych, zdążająca ku zabezpieczeniu społeczeństwa przed naruszeniem przez chorego porządku prawnego, z drugiej zaś strony

3) zabezpieczenie chorego przed samouszkodzeniem i naruszeniem porządku wewnętrznego w szpitalu, wreszcie

4) konieczność masowego traktowania psychicznie chorych — tworzą w a r u n k i, na których wyrastają raz przemijające, to znów trwałe z a b u r z e n i a p s y c h i c z n e n a t u r y r e a k t y w n e j.

Wszystkie te zaburzenia stanowią r e g r e s j ę k u m e c h a n i z m o m a r c h a i c z n y m, są dla ustroju szkodliwe należy o nich pamiętać, należy zapobiegać ich powstawaniu, wreszcie, gdy się już powstaniu tychże w przypadku konkretnym zapobiec nie mogło — należy je leczyć racjonalnie, usuwając warunki, które przyczyniły się do ich powstania.

Dyr. Dr. Oskarowi Bielawskiemu w miejscu tem składam podziękowanie za wybór tematu i cenne wskazówki przy jego opracowaniu.

DES RÉACTIONS PSYCHOSIQUES EN CORRÉLATION AVEC L'ORGANISATION CONTEMPORAINE DES ÉTABLISSEMETS PSYCHIATRIQUES.

Dr. STEFAN OBERC.

1) Le caractère coërcitif des hôpitaux psychiatriques, 2) leur organisation ayant pour but de protéger la société contre les dangers que le malade présente pour l'ordre public et, 3) cherchant à protéger également: le malade contre lui — même et l'ordre intérieur de l'établissemet contre les perturbations qu'il peut y apporter, 4) la nécessité d'un traitement en masse des malades

créent des conditions propices pour l'éclosion de troubles psychosiques de nature réactionnelle, soit passagers, soit durables.

Tous ces troubles représentent une regression à des mécanismes archaïques et sont nocifs pour l'organisme; il faut y penser, il faut chercher à empêcher leur apparition et, lorsqu'on n'a pas pu le faire, les traiter d'une façon rationnelle, en éléminant les conditions qui ont contribué à leur apparition.

Dr. JAN GALLUS.

STAN SZPITALI PSYCHJATRYCZNYCH I OPIEKI POZAZAKŁADOWEJ W POLSCE W OKRESIE 1930 — 1933.

Praca niniejsza jest dalszą próbą zestawiania danych statystycznych, zawartych w sprawozdaniach zakładów psychjatrycznych w Polsce, nadsyłanych corocznie do Departamentu Służby Zdrowia przy Ministerstwie Opieki Społecznej i obejmuje okres sprawozdawczy za lata 1930-1933. Materjał do niniejszej pracy został mi udzielony przez Departament Służby Zdrowia za pośrednictwem J. W. Pana Dyrektora Doc. Dr. Łuniewskiego, któremu na tem miejscu za to, jak również za szereg cennych rad i wskazówek, najuprzejmiej dziękuję.

DANE OGÓLNE.

Wedle zestawienia, zawartego w pracy Doc. Dr. Łuniewskiego z roku 1931, na 31. XII. 1929 w 47 instytucjach, zajmujących się leczeniem psychicznie chorych, a objętych powyższem zestawieniem, znajdowało się w Polsce:

12.062 miejsc etatowych, 14.414 chorych — 7.676 m. i 6.744 k.

W r. 1930 przybyły następujące instytucje:

1) Białostocki Wojew. Szpital dla psych. i nerwowo chorych w Choroszczy, założony w r. 1930, z 340 miejsc. etat. dla 170 m. i 170 k.

2) Przytułek T. O. n. um. chor. w Radomiu, uruchomiony 25. XI. 1930, z 20 miejsc. etat. dla 10 m. i 10 k.

Nie nadesłał sprawozdania pryw. zakł. Dr-a Dydyńskiego w Warszawie, mający możność pomieścić 38 chorych.

Oprócz tego powiększyły swoją pojemność etatową następujące zakłady: Antokol o 14, Kulparków o 8, Lubliniec o 11, Kościan o 88 — przez częściowe oddanie do użytku budynków poklasztornych, Kocborowo o 40 — przez wybudowanie 2 pawilonów dla chorych zakaźnych, Świecie o 120 — nie podając sposobu uzyskania tego, Warta o 11, Szpital Powszechny we Lwowie o 2 oraz Kolonje Opieki Rodzinnej Lejpuny i Dekszna — zwiększając swoją liczbę miejsc do 102.

Zmniejszyły swoją pojemność etatową, przeważnie drogą rewizji kubatury: Drewnica o 70, Szpital św. Jana Bożego w Lublinie o 1, Szpital Miejski w Poznaniu o 9, prywatny zakład „Wrzesin“ w Pruszkowie o 20.

Ogółem zatem sprawozdanie nasze za r. 1930 obejmuje 48 instytucyj z ogólną liczbą zadeklarowanych miejsc etatowych 12.780 dla 6.816 m. i 5.964 k., a pojemność etatowa zwiększyła się o 718 miejsc, uzyskanych naskutek przybycia nowych instytucyj i zwiększenia miejsc etatowych w istniejących już instytucjach.

W r. 1931 przybyły:

1) Oddz. nerw. psych. 10 Szpit. Okr. w Przemyślu, uruchomiony ponownie w r. 1931, z 75 miejsc. etat. dla 63 m. i 12 k.

2) Oddz. chor. um. 4 Szpit. Okr. w Łodzi, założony w grudniu 1930 r., z 24 miejsc. etat. dla 24 m.

3) Okr. Szpit. dla nerw. i psych. chorych więźniów przy więzieniu w Grudziądzu, założony w r. 1930, z 70 miejsc. etat. dla 70 m.

4) Kolonja Chrześc. Op. Rodz. Wileńskiej z 10 miejsc. dla 10 k.

Ubyły:

1) Oddz. psych. przy Szpit. Powsz. w Białymstoku, zlikwidowany 1. I. 1931, z 16 miejsc. etat. dla 8 m. i 8 k.

Nie przysłały zaś sprawozdań:

2) Zakład Leczn. dla alkohol. w Gościejewie z 30 miejsc. etat. dla 30 m.

3) Zakład dla um. niedorozw. Zboru ewang.-augs. w Warszawie z 68 miejsc. etat. dla 34 m. i 34 k.

Oprócz tego powiększyły swoją pojemność etatową następujące zakłady: Tworki o 50 — przez wybudowanie pawilonu obserwacji sądowej i fermy, Antokol o 16, Kobierzyn o 100 — przez dalszą budowę pawilonów, Kościan o 112 — przez dalsze oddanie do użytku budynków poklasztornych, Wejherowo o 160 — przez zajęcie unieruchomionych poprzednio pawilonów, Warta o 154 — przez budowę nowego pawilonu, Choroszcz o 20 — przez dalszą rozbudowę oraz Kol. Opieki Rodz. o 16 miejsc — przez dalsze powiększenie.

Zmniejszyły swoją pojemność etatową: Szpital Powszechny we Lwowie o 2, Prywatny Zakład Dr-a Goldberga w Pruszkowie o 10.

Ogółem sprawozdanie nasze za rok 1931 obejmuje 49 instytucyj z ogólną liczbą zadeklarowanych miejsc etatowych 13.406 dla 7.119 m. i 6.287 k., a pojemność etatowa w porównaniu z r. ub. zwiększyła się o 626 miejsc etat., również przez przybycie nowych instytucyj i powiększenie miejsc w istniejących zakładach.

W r. 1932 przybyły:

1) Woj. Komun. Szpit. Psychj. w Chełmie, założony w roku 1932, z 120 miejsc. etat. dla 60 m. i 60 k.

2) Sanat. Dr-a Beckera w Otwocku, założone w r. 1932, z 10 miejsc. etat. dla 4 m. i 6 k.

3) Kol. Op. Rodz. Rudziszki, której liczba miejsc powiększyła się do 61 miejsc dla 28 m. i 33 k.

Nie otrzymano sprawozdań od:

1) Szpit. Staroz. na Czystem w Warszawie ze 140 miejsc. etat. dla 70 m. i 70 k.

2) Szpit. św. Jakóba w Wilnie z 90 miejsc. etat. dla 40 m. i 50 k.

3) Szpit. Miejsk. w Poznaniu z 17 miejsc. etat. dla 10 m. i 7 k.

4) Kol. Op. Rodz. Lejpuny z 10 m. dla 10 k.

5) Pryw. Zakł. „Marjówka" w Warszawie z 24 miejsc. etat. dla 12 m. i 12 k.

6) Pryw. Zakł. „Batowice" pod Krakowem z 30 miejsc etat. dla 15 m. i 15 k.

7) Pryw. Zakł. Dr. Onufrowicza w Krakowie z 27 miejsc. etat. dla 12 m. i 15 k.

8) Pryw. Zakł. Ch. Zielińskiego w Warszawie z 15 miejsc. etat. dla 7 m. i 8 k.

Oprócz tego powiększyły swoją pojemność etatową następujące zakłady: Kościan o 40 — przez dalsze oddanie do użytku budynków poklasztornych, Wejherowo o 50 — przez zajęcie unieruchomionych poprzednio pawilonów, Choroszcz o 120 — przez dalszą rozbudowę, Zofjówka o 63 — nie podając sposobu uzyskania tego, Szpital św. Jana Bożego w Lublinie o 20, Szpital Żyd. w Wilnie o 20, Szpital Wojsk. w Przemyślu o 25, Szpital Wojsk. w Łodzi o 3, Zakład dla alkohol. w Tarnowskich Górach o 7, Zakład dla epilept. w Brwinowie o 6 oraz Kol. Op. Rodzin. — zwiększając miejsca o 103.

Zmniejszył swoją pojemność etatową: Szpit. Jana Bożego w Warszawie o 60 miejsc.

Ogółem sprawozdanie nasze za r. 1932 obejmuje 44 instytucje z ogólną liczbą zadeklarowanych miejsc. etat. 13.565 dla 7.325 m. i 6.240 k., a pojemność etatowa w porównaniu z r. ub. zwiększyła się o 159 miejsc. etat.

W r. 1933 przybyły:

1) Szpit. dla psych. i nerw. chor. w Gostyninie, założony w 1933 r., z 63 miejsc. etat. dla 37 m. i 26 k.

2) Państw. Zakł. Leczn. dla nerw. wyczerp. w Świacku, założony w 1933, z 50 miejsc. etat. dla 50 m.

3) Schron. dla umysł. chor. św. Teresy w Łodzi, założone 1. 7. 1932 r., z 96 miejsc. etat. dla 36 m. i 60 k.

4) Schron. P. Stankiewiczowej w Łodzi, założone 5. XI. 1931 r., z 44 miejsc. etat. dla 22 m. i 22 k.

5) Kolon. dla umysł. chor. w Małokowoszczyźnie pow. lidzkiego, założona w r. 1932, z 25 miejsc. dla 13 m. i 12 k.

6) Op. Rodzin. dla psych. chor. w woj. wileńskiem, która obejmuje wszystkie kolonje na tym terenie, 340 miejsc dla 158 m. i 189 k.

7) Schron. dla umysł. chor. w Będzinie, założone w r. 1932, z 15 miejsc. etat. dla 7 m. i 8 k.

Nadesłały zaś na nowo sprawozdania:

1) Szpit. Staroz. na Czystem w Warszawie z 140 miejsc. etat. na 70 m. i 70 k.

2) Woj. Zakł. Leczn. dla alkoholików w Gościejewie z 36 miejsc. etat. dla 36 m.

3) Zakł. dla umysł. niedoroz. Zboru ewang.-augs. w Warszawie z 68 miejsc. etat. dla 34 m. i 34 k.

4) Pryw. Leczn. „Marjówka" w Warszawie z 24 miejsc. etat. dla 12 m. i 12 k.

5) Zakł. dla nerw. i psych. chor. Ch. Zielińskiego w Warszawie z 15 miejsc. etat. dla 7 m. i 8 k.

Ubyły:

1) Pryw. Zakł. Dr-a Goldberga w Pruszkowie, zlikwidowany w 1933 r., z 20 miejsc. etat. na 10 m. i 10 k.

2) Kol. Op. Rodzin. Dekszna, Lejpuny i Rudziszki, których sprawozdanie objęła Opieka nad psychicznie chorymi w woj. wileńskiem, 211 miejsc. dla 99 m. i 122 k.

Nie nadesłał sprawozdania:

3) Szpit. św. Jana Bożego w Lublinie z 65 miejsc. etat. dla 65 m.

Oprócz tego powiększyły swoją pojemność etatową następujące zakłady: Rybnik o 68 — nie podając sposobu uzyskania tego, Kościan o 40 — przez uzyskanie pawilonu po głuchoniemych, Choroszcz o 320 i Chełm o 80 — przez dalszą rozbudowę, Szpital przy Więzieniu w Grudziądzu o 10 — przez stworzenie oddziału dla kobiet, Kochanówka o 46, Przytułek w Górze Kalwarji o 36, Przytułek w Radomiu o 6, Zakł. dla epilept. w Brwinowie o 8, Pryw. Zakł. „Żelazna Woda" we Lwowie o 14 oraz Kol. Op. Rodzin., zwiększając ilość miejsc o 126.

Zmniejszyły swoją pojemność etatową: Kulparków o 8, Szpit. św. Jana Bożego w Warszawie o 35, Szpit. Żydow. w Wilnie o 13, Ofic. Szkoła Sanit. w Warszawie o 8.

Ogółem zatem sprawozdanie nasze za rok 1933 obejmuje 52 instytucje z ogólną liczbą zadeklarowanych miejsc etatowych 14.764 dla 7.916 m. i 6.848 k,. a pojemność etatowa w porównaniu z r. ub. wzrosła o 1.199 miejsc etat.

Zestawiając powyższe dane, otrzymamy:

r. 1930	48 inst.	z 12780 m. et.	dla 6816 m.	i 5964 k.	przyr. o 718 m. et.	
„ 1931	49 „	„ 13406 „ „	„ 7119 „	„ 6287 „	„ „ 626 „ „	
„ 1932	44 „	„ 13565 „ „	„ 7325 „	„ 6240 „	„ „ 159 „ „	
„ 1933	52 „	„ 14764 „ „	„ 7916 „	„ 6848 „	„ 1199 „ „	

W stosunku do ludności w Polsce, podanym przez Główny Urząd Statystyczny za poszczególne lata, liczba łóżek psychjatr. przedstawia się następująco:

Na 1. I.	1930	1931	1932	1933	1934
Ilość ludności w Polsce	31.258.000	31.685.000	32.176.000	32.638.000	33.029.000
Ilość etatow. łóżek psych.	12.062	12.780	13.406	13,565	14.764
Na 10.000 mieszkańców łóżek psychjatrycznych	3,85	4,03	4,16	4,15	4,46
Na 1 łóżko psychjatryczne mieszkańców	2,591	2.479	2.400	2.406	2.237

Z powyższego widać, że choć ilość łóżek psychjatrycznych wzrasta stale, to jednak wzrasta ona nie współmiernie do ilości ogólnej ludności i nadal pozostaje u nas niedostateczna, zwłaszcza jeśli się przyjmie, że na 1.000 mieszkańców przeciętnie 3 jest chorych psychicznie, a z tych 1 przynajmniej wymaga pobytu w specjalnym zakładzie.

We wszystkich instytucjach. objętych powyższem sprawozdaniem, pracowało:

	1930 r.	1931 r.	1932 r.	1933 r.
Lekarzy	222	227	209	232
Urzędn. administr.	143	136	131	159
Służb. pielęgn.	2484	2524	2539	2503
Służb. adm. i techn.	1046	1036	1063	1112
Ogółem pracownik.	3896	3937	3942	4006

Porównywając powyższe dane, widzimy stały, choć powolny, przyrost lekarzy, urzędników administracyjnych, służby pielęgniarskiej oraz służby administracyjnej i technicznej; chwilowy spadek liczby lekarzy i urzędników w r. 1932 należy zapewne tłumaczyć zmniejszeniem się ilości instytucyj, nadsyłających sprawozdania. Z powyższego zestawienia widać również niewspółmiernie mały przyrost osób zajmujących się leczeniem i opieką nad psychicznie chorymi, zwłaszcza jeśli się porówna te liczby z przyrostem instytucyj, miejsc etatowych, a zwłaszcza z ogólną liczbą chorych, leczonych we wszystkich zakładach. Najlepiej ilustruje to niżej zestawiona tabela, przedstawiająca stosunek procentowy pracowników zakładów do ogólnej ilości chorych, leczonych we wszystkich zakładach psychjatrycznych.

	1930 r.	1931 r.	1932 r.	1933 r.
Ogólna liczba chorych	25.742	25.700	25.646	27.377
Lekarzy	0.86%	0.88%	0.89%	0.84%
Urzędników administr.	0.55%	0.52%	0.51%	0.58%
Służby pielęgniarskiej	9.64%	9.82%	9.90%	9.14%
Służby administr. i technicz.	4.06%	4.03%	4.14%	4.06%
Ogółem pracowników	15.13%	15.31%	15.37%	14.62%

Zakłady posiadały w okresie sprawozdawczym następujące środki do badania i leczenia chorych:

1) pracowni naukowych (anatomicznych, histo-patologicznych, fizjologicznych, chemicznych, serologicznych, psychologicznych etc.)

r. 1930	r. 1931	r. 1932	r. 1933
45	45	50	54

2) urządzeń leczniczych specjalnych:

	r. 1930	r. 1931	r. 1932	r. 1933
a) światłoleczniczych	15	18	18	20
b) hydropatycznych	14	17	17	17
c) mechanoterapeutycznych	6	6	6	6
d) elektroterapeutycznych	6	12	16	22
e) rentgeno-logicznych	—	—	4	8
f) dentystycznych	—	—	2	2

Ad. a. Lampy kwarcowe, Sollux, Polana, Profundus, urządzenia do kąpieli słonecznych e. t. c. Wiele z zakładów posiada po kilka aparatów (w sprawozdaniu jednak liczono je ogólnie), niektóre zaś zakłady nie posiadają ich wcale. Ad. d. Pantostaty, diatermje, kąpiele elektryczne e. t. c. — również liczono je ogólnie.

Bibljoteki lekarskie w okresie sprawozdawczym liczyły:

w r. 1930	24.855	tomów
„ „ 1931	26.039	„
„ „ 1932	27.137	„
„ „ 1933	28.862	„

Prenumerowano we wszystkich zakładach czasopism lekarskich:

w r. 1930	polskich	180,	zagranicznych	146,	razem	326
„ „ 1931	„	124	„	112	„	236
„ „ 1932	„	141	„	118	„	259
„ „ 1933	„	212	„	128	„	340

Bibljoteki beletrystyczne, dostępne dla personelu i chorych, liczyły:

w r. 1930	31.760	tomów
„ „ 1931	30.703	„
„ „ 1932	32.321	„
„ „ 1933	37.736	„

Kursy personelu pielęgniarskiego, urządzane przez zakłady w okresie sprawozdawczym, przedstawiały się następująco:

	1930 r.	1931 r.	1932 r.	1933 r.
Kursów odbyło się	25	30	57	32
Uczestników było	1140	1024	1028	1504
Liczba godzin w ciągu roku	2388	1880	1217	2228

Na kursach tych wykładano anotomję, fizjologję, higienę, psychjatrję, pielęgniarstwo psychjatryczne i somatyczne, język polski, historję i geografję Polski e. t. c. Ogólne wyniki nauczania, oceniane na podstawie egzaminu końcowego, były naogół dostateczne, W r. 1933 szereg zakładów urządził masowe kursy dla swych pracowników z obrony i ratownictwa przeciwgazowego.

Zatrudnienie chorych pracą było dość różne i wynosiło od 8% (Góra Kalwarja) do 95% (Kościan, Gościejewo), a nawet 97,7% (Dziekanka). Przeciętny odsetek zatrudnienia chorych pracą wynosił:

1930 r.	1931 r.	1932 r.	1933 r.
46,7%	46,53%	48,68%	49,29%

Chorzy zatrudnieni byli pracą na oddziałach (sprzątanie, mycie naczyń etc.), w gospodarstwach rolnych i ogrodach, w kuchniach, piekarniach, pralniach, magazynach, w pracowniach krawieckich, szwalniach, warsztatach — ślusarskich, kowalskich, szewckich, tapicerskich, stolarskich, kołodziejskich, koszykarskich, szczotkarskich, tkackich, introligatorskich, malarskich etc., przy murarzach, w elektrowniach, kotłowniach, kancelarjach i t. d.

We wszystkich zakładach kładziono duży nacisk na rozrywki kulturalne chorych przez urządzanie dla nich zebrań towarzyskich, koncertów, przedstawień amatorskich, zabaw tanecznych etc. Szereg zakładów założyło w ostatnich latach specjalnie dla chorych kina, boiska sportowe i t. d.

Ogólna liczba dni szpitalnych we wszystkich instytucjach psychjatrycznych polskich wynosiła w okresie sprawozdawczym:

r. 1929	5.057.422 dni szpital.			
„ 1930	4.607.457 „ „	t. j. spadek o	449.965	dni szpit.
„ 1931	4.753.704 „ „	t. j. wzrost o	46.347	„ „
„ 1932	14.89.195 „ „	t. j. spadek o	564.409	„ „
„ 1933	5.797.987 „ „	t. j. wzrost o	1.608.792	„ „

OGÓLNY RUCH W ZAKŁADACH.

W r. 1930 na 12.780 miejsc etat. w 48 instytucjach, objętych sprawozdaniem, mieliśmy następujące cyfry chorych:

W dniu	1.I.1930 r. na 12.062 miejsc etat.				
Pozostawało w zakładach	7.670 m.	+ 6.744 k.	razem	14.414	chorych
W ciągu r. spr. przybyło	6.647 „	+ 4.681 „	„	11.338	„
Ogółem leczyło się	14.317 „	+ 11.425 „	„	25.742	„
Z tej liczby ubyło	6.496 „	+ 4.410 „	„	10.906	„
Pozostało na rok następny	7.821 „	+ 7.015 „	„	14.836	„

W r. 1931 na 13.406 miejsc etat. w 49 instytucjach mieliśmy następujące cyfry ruchu chorych:

W dniu	1.I.1931 r. na 12.780 miejsc etat.				
Pozostawało w zakładach	7.821 m.	+ 7.015 k.	razem	14.836	chorych
W ciągu r. spr. przybyło	6.477 „	+ 4.387 „	„	10.864	„
Ogółem leczyło się	14.298 „	+ 11.402 „	„	25.700	„
Z tej liczby ubyło	6.173 „	+ 4.219 „	„	10.392	„
Pozostało na rok następny	8.125 „	+ 7.183 „	„	15.308	„

W r. 1932 na 13.565 miejsc etat. w 44 instytucjach mieliśmy następujące cyfry ruchu chorych:

W dniu	1.I.1932 r. na 13.406 miejsc etat.			
Pozostawało w zakładach	8.125 m.	+ 7.183 k.	razem	15.308 chorych
W ciągu r. spraw. przybyło	6.165 „	+ 4.173 „	„	10.338 „
Ogółem leczyło się	14.290 „	+ 11.356 „	„	25.646 „
Z tej liczby ubyło	6.214 „	+ 4.076 „	„	10.290 „
Pozostało na rok następny	8.076 „	+ 7.280 „	„	15.356 „

W r. 1933 na 14.764 miejsc etat. w 52 instytucjach mieliśmy następujące cyfry ruchu chorych:

W dniu	1.I.1933 r. na 13.565 miejsc etat.			
Pozostawało w zakładach	8.076 m.	+ 7.280 k.	razem	15.356 chorych
W ciągu roku spr. przybyło	7.394 „	+ 4.627 „	„	12.021 „
Ogółem leczyło się	15.470 „	+ 11.907 „	„	27.377 „
Z tej liczby ubyło	6.579 „	+ 4.417 „	„	10.996 „
Pozostało na rok następny	8.891 „	+ 7.490 „	„	16.381 „

Stopień przepełnienia zakładów ilustruje następujące zestawienie:

W dniu 1 stycznia	1930	1931	1932	1933	1934
Liczba miejsc etat.	12.062	12.780	13.406	13.565	14.764
Stan chorych w zakł.	14.414	14.836	15.308	15.356	16.381
Przepełnienie w liczbach	2.352	2.056	1.702	1.791	1.617
Procent przepełnienia	19,5%	16,09%	14,18%	13,20%	10,95%

Z powyższego zestawienia widać, że przepełnienie zakładów utrzymuje się nadal, choć widocznie zmniejsza się i tak w ciągu 5 lat, objętych sprawozdaniem, spada ono z 19,5% do 10,95% czyli, że zmniejsza się prawie o połowę. Przepełnienie to utrzymuje się głównie w zakładach b. Kongresówki i Małopolski. I tak w ciągu okresu sprawozdawczego wykazują różne zakłady następujący stopień przepełnienia: Tworki (36,75 — 39,32 — 36,75%), Kulparków (66,13 — 70,78 — 73,55%), Kobierzyn (47,08 — 51,08 — 51,23%), Szpital Jana Bożego w Warszawie (87,77 — 49,50%), Kochanówka (74,40 — 72,69 — 65,52%), Drewnica (22,57 — 12,57 — 17,43%), Zofjówka (36,80 — 61,91%), Oddz. Szpit. św. Łazarza w Krakowie (około 45%), Szpital Żydowski w Wilnie (około 53,85%), Przytułek w Górze Kalwarji wykazuje największy stopień przepełnienia (131,43 — 120,57%); z zakładów śląskich tylko Rybnik wykazuje przepełnienie (33,05 — 38,56%), z pomorskich Świecie (4,28 — 3,16 — 2,04%), zakłady zaś poznańskie nie wykazują wcale przepełnienia i mają nawet miejsca wolne.

Intensywność ruchu chorych przedstawia się ogólnie następująco:

	1930	1931	1932	1933
Początkowa liczba chorych .	14.414	14.836	15.308	15.356
Przybyło w ciągu roku . .	11.328	10.864	10.338	12.021
„ w %	78,59%	73,22%	67,53%	78,28%
Różnica z poprzednim rokiem	—5,87%	—5,37%	—5,69%	+10,75%

Z tej tablicy widać, że intensywność ruchu chorych w latach 1930 — 1932 prawie równomiernie maleje, a w r. 1933 podnosi się nagle o 10,75%; należy to prawdopodobnie przypisać dużemu ruchowi chorych, jaki w tym okresie był między zakładami, które wycofywały swoich chorych z zakładów, w których je dawniej z powodu przepełnienia umieszczały.

Przypływ nowych chorych w stosunku do ogółu leczonych chorych w odsetkach wyraża się przeciętnie następująco:

w r. 1930	w r. 1931	w r. 1932	w r. 1933
44,01%	42,27%	40,31%	43,90%

Najwyższy odsetek przypływu wykazują w okresie sprawozdawczym nowo otwarte zakłady jak Choroszcz, Chełm, Gostynin, Szpital Wojsk. w Przemyślu, Łodzi i t. p., w których odsetek ten wynosi około 100%, potem szpitale — Miejski w Poznaniu, Powszechny we Lwowie i Krakowie, Klinika U. J. w Krakowie ponad 90%; najniższy odsetek przypływu, jak i w latach ubiegłych, wykazują Owińska 15,55 — 10,23%.

Odpływ chorych w odsetkach również w stosunku do chorych ogółem leczonych wyraża się przeciętnie:

w r. 1930	w r. 1931	w r. 1932	w r. 1933
42,36%	40,44%	40,12%	40,16%

Najwyższy odsetek odpływu chorych w okresie sprawozdawczym wykazują: Szpital Powszechny we Lwowie i Krakowie 60—70%, Klinika U. J. w Krakowie około 80% oraz szpitale wojskowe 83 — 94%; najniższy odsetek odpływu chorych wykazują: Góra Kalwarja około 2%, wszystkie przytułki i schroniska około 10%, a z większych zakładów — Owińska około 10% i Zofjówka 12%.

Za r. 1933 możemy podać bliższe dane co do chorych wypisanych i tak: do gmin, rodzin, pułków i więzień ubyło 7.183 chorych, do innych szpitali 1.954 chorych.

Przeciętny czas pobytu chorych w zakładach wynosił w roku 1930 — 198,98 dni, w r. 1931 — 184,96 dni, w r. 1932 — 163,34 dni, a w r. 1933 — 211,78 dni. Najdłuższy przeciętny czas pobytu chorych w zakładach wykazują wszystkie schroniska i przytułki, a z zakładów — Owińska (około 320 dni) i Zofjówka (około 300 dni); najkrótszy zaś czas pobytu wykazują: Szpital Powszechny we Lwowie i Miejski w Poznaniu (około 15 dni) i Szpital Wojskowy w Wilnie (około 20 dni).

Śmiertelność chorych w zakładach w okresie sprawozdawczym wyniosła przeciętnie:

w r. 1930 — 7,88%, — zwiększyła się o 1,52%
w r. 1931 — 4,86%, — zmniejszyła „ „ 3,01%
w r. 1932 — 4,51%, — „ „ „ 0,35%
w r. 1933 — 4,37%, — „ „ „ 0,14%

Śmiertelność, jak z tego zestawienia wynika, wyraźnie zmniejszyła się w r. 1931 (3,01%), a potem stopniowo, bardzo nieznacznie, obniża się. W porównaniu z r. 1931 obniżenie przeciętnej umieralności chorych w zakładach wynosi 3,50%, co należy prawdopodobnie tłumaczyć udoskonaleniem metod leczenia, zwłaszcza gorączkowych.

Najniższy odsetek umieralności spotyka się w szpitalach wojskowych (od 0,24% do 3,00%), następnie w zakładach prywatnych, choć jednak i tu odsetek umieralności spotyka się na poziomie dużych zakładów. Z dużych zakładów najniższy odsetek umieralności wykazuje Wejherowo (około 3%) i Lubliniec (3,9%); z najwyższym odsetkiem umieralności spotykamy się w Zofjówce (około 10%) i Szpitalu Żydowskim w Wilnie (około 12%). Wybitnie duży odsetek śmiertelności w Zofjówce przypisać należy, jak to wiemy obecnie, pojawieniu się wśród chorych kobiet węgorka jelitowego, zawleczonego z Afryki. Śmiertelność w Szpitalu Żydowskim w Wilnie wypadnie chyba złożyć na karb niezwykłego przepełnienia tego zakładu.

W stosunku do wypisanych chorych w okresie sprawozdawczym zmarli stanowią: w r. 1930 — 11,36%, w r. 1931 — 12,02%, w r. 1932 — 11,24%, w r. 1933 — 10,91%.

PODZIAŁ RUCHU CHORYCH CO DO PŁCI.

Tak samo, jak w latach poprzednich, i w naszym okresie sprawozdawczym chorzy płci męskiej przeważają nad chorymi płci żeńskiej i stosunek ten przedstawia się następująco:

	1930	1931	1932	1933
W stanie na 1. I.	1,13 : 1,0	1,11 : 1,0	1,13 : 1,0	1,10 : 1,0
W przypływie	1,42 : 1,0	1,47 : 1,0	1,48 : 1,0	1,59 : 1,0
W liczbie ogółem leczon.	1,25 : 1,0	1,25 : 1,0	1,26 : 1,0	1,29 : 1,0
W odpływie	1,47 : 1,0	1,46 : 1,0	1,52 : 1,0	1,48 : 1,0

Stosunki te w stanie na 1.I. i ogółem leczonych różnią się tylko nieznacznie od stosunków w r. 1929, natomiast w przypływie z 1,35 : 1,0 (1929 r.) podniósł się stopniowo, ale wyraźnie ten stosunek do 1,59 : 1,0 (1933 r.); tak samo i w odpływie — z 1,12 : 1,0 (1929) podniósł się on do 1,48 : 1,0 (1933 r.), co świadczy o zwiększonym przypływie i odpływie w tych latach płci męskiej w porównaniu z dawnemi laty.

MIEJSCE POCHODZENIA CHORYCH, UMIESZCZONYCH W ZAKŁADACH.

O zmianach pod tym względem, zaszłych w okresie sprawozdawczym, poucza nas następująca tablica:

L.	Obszar administracyjny	1929	1930	1931	1932	1933	1934
1	Woj. białostockie	252	274	284	425	339	307
2	„ kieleckie	542	636	640	481	437	358
3	„ krakowskie	1012	1147	1145	1368	1228	1391
4	„ lubelskie	326	380	355	292	284	329
5	„ lwowskie	1161	1223	1457	1522	1640	1862
6	„ łódzkie	1040	1224	1120	1127	1111	1216
7	„ nowogródzkie	108	181	165	135	136	115
8	„ poleskie	137	191	201	105	71	110
9	„ pomorskie	1007	1151	1221	1259	1320	1367
10	„ poznańskie	1826	1997	2155	2346	2343	2405
11	„ stanisławowskie . . .	431	471	449	472	488	498
12	„ śląskie	1618	1788	1817	1908	1944	1948
13	„ tarnopolskie	423	460	447	461	474	463
14	„ warszawskie	1131	1081	1136	806	641	611
15	„ wileńskie	260	346	335	488	497	528
16	„ wołyńskie	187	261	228	405	386	390
17	M. st. Warszawa	1533	1390	1399	1448	1354	1835
18	Cudzoziemcy	64	77	68	93	122	98
19	Niewiadomo	390	136	214	179	541	550

Przy rozpatrywaniu powyższych cyfr uderza przedewszystkiem duży wzrost liczby chorych w ciągu podanego sześciolecia w województwach — lwowskiem (701) i poznańskiem (579), natomiast średnio wzrosła liczba chorych w woj. krakowskiem (379),

śląskiem (330), pomorskiem (360), m. st. Warszawie (298), wileńskiem (268), wołyńskiem (203), łódzkiem (176), a nieznacznie w woj. stanisławowskiem (67) i innych. Uderzający jest spadek liczby chorych w woj. warszawskiem (520) i kieleckiem (184) — zjawisko to trudno sobie wytłumaczyć. Uderzający jest także paradoksalny fakt braku wpływu otwarcia nowych zakładów w Choroszczy i w Chełmie na liczby chorych, pochodzących z woj. białostockiego i lubelskiego; jasnem jest, że obydwa te zakłady zapełniają się chorymi, pochodzącymi z innych województw. Ma się wrażenie, że i zakład w Gostyninie nie uzgadnia jeszcze swojej linji rozwojowej z programem regjonalnym.

PODZIAŁ RUCHU CHORYCH Z UWZGLĘDNIENIEM ROZPOZNAŃ PSYCHJATRYCZNYCH

przedstawia w cyfrach odsetkowych następujące zestawienie:

	1930 %	1931 %	1932 %	1933 %
Niedorozwój umysłowy	9,96	9,92	9,50	10,40
Psychopatja ustrojowa	3,85	4,35	4,21	4.05
Padaczka	6,86	5,84	5,52	6,83
Zab. psych. po uraz. i cierp. mózgu	1,72	1,84	1,70	1,00
Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecznych	3,71	3,74	3,37	4,00
Psychozy pochodzenia zakaźnego .	0,48	0,56	0,60	0,56
Zab. psych. pośpiączkowe	1,03	1,05	1,11	1,15
Psychozy alkoholowe	2,86	2,22	2,08	1,59
Zaburzenia psych. przy innych zatruciach zewnątrz pochodnych . .	0,67	0,63	0,72	1,07
Zaburz. psych. na tle zatruć wewnątrz pochodnych	1,57	1,66	1,70	1,29
Porażenie postępujące	6,86	7,29	7,34	7,82
Inne psychozy pochodzenia kiłowego	1,54	1,93	1,85	1,04
Schizophrenia	46,73	46,52	48,72	47,32
Paranoia i paraphrenia	1,98	1,81	1,87	1,75
Psychozy manjakalno-depresyjne , .	5,02	5,61	5,19	3,82
Psychozy reaktywne	1,59	1,75	1,81	1,83
Przypadki inne, neurologiczne i nierozpoznane	3,24	2,79	2,14	3,52
Osoby uznane za zdrowe	0,33	0,48	0,53	0,96

Przy rozpatrywaniu powyższego zestawienia uderza przedewszystkiem stały wzrost liczby chorych w grupie zaburzeń psychicznych przy zatruciach zewnątrz pochodnych, gdzie odsetek chorych podnosi się z 0,67% do 1,07%, tłumaczyć to zapewne należy otwarciem nowych zakładów dla narkomanów i energiczniejszą akcją władz w walce z nimi; następnie wzrost liczby chorych w grupie porażenia postępującego, gdzie odsetek chorych podnosi się prawie o 1% z 6,86% do 7,82% i dotyczy zarówno mężczyzn (9,40%—10,75%) jak i kobiet (3,68%—4,03%); wreszcie wzrost liczby chorych w grupie schizofrenji, gdzie odsetek tych chorych podnosi się z 46,73% — 47,32%, na podniesienie tego odsetka wpłynęły głównie kobiety (51,25%—52,18%). Spadek liczby chorych utrzymuje się nadal jak w latach poprzednich w grupie psychozy manjakalno-depresyjnej, gdzie odsetek chorych obniża się z 5,02%—3,82% i obejmuje zarówno mężczyzn (3,16%—2,32%) jak i kobiety (7,34%—5,68%); oprócz tego spadek liczby chorych zaznacza się w grupie psychoz alkoholowych, gdzie odsetek chorych obniża się z 2,86%—1,59% i obejmuje również mężczyzn (4,58%—2,66%) i kobiety (0,67%—0,19%), zjawisko to napewno związane jest z kryzysem gospodarczym. W innych grupach chorobowych stosunki procentowe częstości występowania poszczególnych chorób psychicznych wśród pacjentów naszych zakładów ulegają tylko nieznacznym i normalnym wahaniom, jak to ilustrują załączone na końcu niniejszej pracy tablice szczegółowe.

OPIEKA POZAZAKŁADOWA.

Ilość chorych, pozostających w opiece rodzinnej w okresie sprawozdawczym, przedstawiała się następująco:

w r. 1930 —	102	chorych	t. j.	70	mężczyzn	i	32 kobiety
w r. 1931 —	178	„	„	79	„	i	99 kobiet
w r. 1932 —	295	„	„	140	„	i	155 „
w r, 1933 —	532	„	„	232	„	i	300 „

Wymienieni chorzy pozostają przeważnie w kolonjach opieki rodzinnej w woj. wileńskiem i nowogródzkiem; ponadto w r. 1933 Warta wykazała 55 chorych (8 m. i 44 k.), pozostających w opiece rodzinnej pozazakładowej, inne zaś zakłady, choć wiadomo, że posiadają opiekę rodzinną, nie wykazują w sprawozdaniach tego, podane więc cyfry nie są wyczerpujące, w każdym jednak razie ilustrują wyraźnie wzrost opieki pozazakładowej w Polsce.

PACJENCI KRYMINALNI.

Liczby chorych kryminalnych t. j. umieszczonych w zakładach przez sąd lub wskutek administracyjnego postępowania za lata ubiegłe podać nie możemy z braku danych. W r. 1933 z wyżej wymienionych, we wszystkich zakładach w Polsce, objętych sprawozdaniem, pozostawało 993 osoby.

Liczba dokonanych ekspertyz psychjatrycznych we wszystkich zakładach za lata ubiegłe przedstawia się następująco:

r. 1930	dokonano	460	ekspertyz psychj.
r. 1931	„	487	„ „
r. 1932	„	477	„ „
r. 1933	„	278	„ „
	Razem	1.702	„ „

Dalsze szczegółowe wiadomości o ruchu chorych w zakładach psychjatrycznych w Polsce za lata 1930—1933 są w opracowaniu przezemnie.

ROK SPRAWOZDAWCZY 1930. — RUCH CHORYCH Z PODZIAŁEM WEDŁUG ROZPOZNANIA PSYCHJATRYCZNEGO.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Pozostało z roku poprzedn.		Przyjęto		Ogółem leczyło się						Ubyło		Pozostało na rok następny	
						w liczbach			w odsetkach						
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	954	881	528	204	1 482	1 085	2 567	10.35	9.50	9.96	514	186	968	899
2	Psychopatja ustrojowa	166	136	479	209	645	345	990	4.50	3.02	3.85	379	183	266	162
3	Padaczka	703	518	371	173	1 074	691	1 765	7.50	6.05	6.86	537	164	537	527
4	Zaburz. psych. po uraz. oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych	94	62	224	61	318	123	441	2.23	1.07	1.72	187	39	131	84
5	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecz. ustroju w wieku podeszłym	175	325	180	275	355	600	955	2.48	5.25	3.71	171	284	184	316
6	Psychozy pochodzenia zakaźnego	23	10	30	60	53	70	123	0.37	0.62	0.48	27	51	26	19
7	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe	83	49	87	49	170	98	268	1.19	0.85	1.03	75	43	95	55
8	Psychozy alkoholowe	177	30	480	47	657	77	734	4.58	0.67	2.86	570	36	87	41
9	Zaburzenia psychicz. przy innych zatruciach zewnątrz pochodnych	32	9	97	34	129	43	172	0.90	0.38	0.67	99	34	30	9
10	Zaburzenia psychicz. na tle zatruć wewnątrz pochodnych	93	78	132	103	225	181	406	1.58	1.59	1.57	128	83	97	98
11	Porażenie postępujące	571	156	772	265	1 343	421	1 764	9.40	3.68	6.86	705	265	638	156
12	Inne psychozy pochodzenia kiłowego	93	60	162	80	255	140	395	1.78	1.23	1.54	25	68	230	72
13	Schizophrenia	4010	3762	2162	2093	6 172	5 855	12 027	43.11	51.25	46.73	2151	2022	4021	3833
14	Paranoia i paraphrenia	175	167	94	75	269	242	511	1.88	2.12	1.98	95	80	174	162
15	Psychoza manjakalno-depresyjna	180	349	274	490	454	839	1 293	3.16	7.34	5.02	272	413	182	426
16	Psychozy reaktywne	44	83	133	150	177	233	410	1.23	2.03	1.59	131	139	46	94
17	Przypadki inne i nierozpoznane	83	65	392	294	475	359	834	3.32	3.24	3.14	383	300	92	59
18	Osoby uznane za zdrowe	14	4	50	19	64	23	87	0.44	0.21	0.33	47	20	71	3
		4670	6744	6647	4681	14 317	11 425	25 742	100.00	100.00	100.00	6496	4410	7821	7015

ROK SPRAWOZDAWCZY 1931. — RUCH CHORYCH Z PODZIAŁEM WEDŁUG ROZPOZNANIA PSYCHJATRYCZNEGO.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Pozostało z roku poprzedn.		Przyjęto		Ogółem leczyło się						Ubyło		Pozostało na rok następny	
						w liczbach			w odsetkach						
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	968	899	497	185	1 465	1 084	2 549	10.25	9.51	9.92	447	96	1018	988
2	Psychopatja ustrojowa	266	162	462	225	728	387	1 115	5.09	3.41	4.35	557	223	171	164
3	Padaczka	537	525	282	156	819	683	1 502	5.73	5.99	5.84	150	203	669	480
4	Zaburz. psych. po uraz. oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych . . .	131	84	198	61	329	145	474	2.31	1.27	1.84	227	65	132	80
5	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecz. ustroju w wieku podeszłym	184	316	203	257	387	573	960	2.71	5.03	3.74	207	223	180	350
6	Psychozy pochodzenia zakaźnego . .	26	19	44	56	70	75	145	0.48	0.65	0.56	41	40	29	35
7	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe .	95	55	89	33	184	88	272	1.28	0.77	1.05	75	35	139	53
8	Psychozy alkoholowe	87	41	408	37	495	78	573	3.46	0.68	2.22	317	64	148	14
9	Zaburzenia psychicz. przy innych zatruciach zewnątrz pochodnych	30	9	99	24	129	33	162	0.91	0.29	0.63	90	24	39	9
10	Zaburzenia psychicz. na tle zatruć wewnątrz pochodnych	97	98	119	114	216	212	428	1.51	1.85	1.66	178	139	38	73
11	Porażenie postępujące	638	156	842	240	1 480	396	1 876	10.35	3.47	7.29	717	128	763	268
12	Inne psychozy pochodzenia kiłowego .	230	72	129	62	359	134	493	2.51	1.17	1.93	256	49	103	85
13	Schizophrenia	4021	3833	2024	2078	6 045	5 911	11 956	42.27	51.84	46.52	1838	2031	4207	3880
14	Paranoia i paraphrenia	174	162	63	63	237	225	462	1.65	1.97	1.81	91	50	146	175
15	Psychoza manjakalno-depresyjna . . .	182	426	389	443	571	869	1 440	3.99	7.62	5.61	401	483	170	386
16	Psychozy reaktywne	46	94	139	173	185	267	452	1.31	2.34	1.75	130	176	55	91
17	Przypadki inne i nierozpoznane . . .	92	59	395	172	487	231	718	3.41	2.03	2.79	312	180	115	51
18	Osoby uznane za zdrowe	17	3	95	8	112	11	123	0.78	0.10	0.48	109	10	3	1
		7821	7015	6477	4387	14 298	11 402	25 700	100.00	100.00	100.00	6173	4219	8125	7183

ROK SPRAWOZDAWCZY 1932. — RUCH CHORYCH Z PODZIAŁEM WEDŁUG ROZPOZNANIA PSYCHJATRYCZNEGO.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Pozostało z roku poprzedn.		Przyjęto		Ogółem leczyło się						Ubyło		Pozostało na rok następny	
						w liczbach			w odsetkach						
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	1018	988	310	121	1 328	1 109	2 437	9.29	9.76	9.50	396	244	932	865
2	Psychopatja ustrojowa	171	164	521	226	692	390	1 082	4.84	3.44	4.21	518	196	174	194
3	Padaczka	669	480	168	101	837	581	1 418	5.85	5.22	5.52	129	173	708	408
4	Zaburz. psych. po uraz. oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych . . .	132	80	173	51	305	131	436	2.15	1.15	1.70	209	72	96	59
5	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecz. ustroju w wieku podeszłym	180	350	151	184	331	534	865	2.32	4.71	3.37	173	206	158	328
6	Psychozy pochodzenia zakaźnego . .	29	35	45	45	74	80	154	0.50	0.71	0.60	33	43	41	37
7	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe .	139	53	48	45	187	98	285	1.31	0.86	1.11	79	26	108	72
8	Psychozy alkoholowe	148	14	293	79	441	93	534	3.08	0.82	2.08	312	71	129	22
9	Zaburzenia psychicz. przy innych zatruciach zewnątrz pochodnych	39	9	90	49	129	58	187	0.92	0.52	0.72	81	29	48	29
10	Zaburzenia psychicz. na tle zatruć wewnątrz pochodnych	38	73	200	123	238	196	434	1.67	1.73	1.70	182	118	56	78
11	Porażenie postępujące	763	268	757	92	1 520	360	1 880	10.63	3.17	7.34	769	102	751	258
12	Inne psychozy pochodzenia kiłowego .	103	85	222	65	325	150	475	2.28	1.32	1.85	217	53	108	97
13	Schizophrenia	4207	3880	2213	2197	6 420	6 077	12 497	44.92	53.53	48.72	2151	2013	4269	4064
14	Paranoia i paraphrenia	146	175	100	57	246	232	478	1.73	2.05	1.87	87	61	159	171
15	Psychoza manjakalno-depresyjna . .	170	386	359	416	529	802	1 331	3.73	7.07	5.19	386	407	143	395
16	Psychozy reaktywne	55	91	154	170	209	261	470	1.47	2.36	1.83	112	129	97	132
17	Przypadki inne i nierozpoznane . . .	115	51	267	114	382	165	547	2.68	1.46	2.14	291	106	91	59
18	Osoby uznane za zdrowe	3	1	94	38	97	39	136	0.69	0.34	0.53	89	27	8	12
		8125	7183	6165	4173	14 290	11 356	25 646	100.00	100.00	100.00	6214	4076	8076	7280

ROK SPRAWOZDAWCZY 1933. — RUCH CHORYCH Z PODZIAŁEM WEDŁUG ROZPOZNANIA PSYCHJATRYCZNEGO.

L. p.	RODZAJ CHOROBY	Pozostało z roku poprzedn.		Przyjęto		Ogółem leczyło się w liczbach			Ogółem leczyło się w odsetkach			Ubyło		Pozostało na rok następny	
		M.	K.	M.	K.	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem	M.	K.	M.	K.
1	Niedorozwój umysłowy	932	865	837	215	1 761	1 080	2 841	11.38	9.08	10.40	697	164	1072	916
2	Psychopatja ustrojowa	174	194	517	224	691	418	1 109	4.47	3.52	4.05	495	254	196	164
3	Padaczka	708	408	471	283	1 179	691	1 870	7.62	5.81	6.83	401	203	778	488
4	Zaburz. psych. po uraz. oraz przy cierpieniach mózgu ogniskowych	96	59	86	33	182	92	274	1.17	0.77	1.00	93	38	89	54
5	Psychozy na tle miażdżycy i przemian wstecz. ustroju w wieku podeszłym	158	328	174	435	332	763	1 095	2.17	6.42	4.00	167	353	165	410
6	Psychozy pochodzenia zakaźnego	41	37	29	45	70	82	152	0.45	0.68	0.56	14	54	56	28
7	Zaburzenia psychiczne pośpiączkowe	108	72	109	26	217	98	315	1.40	0.82	1.15	98	35	119	63
8	Psychozy alkoholowe	129	22	284	1	413	23	436	2.66	0.19	1.59	288	12	125	11
9	Zaburzenia psychicz. przy innych zatruciach zewnątrz pochodnych	48	29	182	36	230	65	295	1.48	0.54	1.07	152	37	78	28
10	Zaburzenia psychicz. na tle zatruć wewnątrz pochodnych	56	78	79	141	135	219	354	0.87	1.84	1.29	42	115	93	104
11	Porażenie postępujące	751	258	913	221	1 664	479	2 143	10.75	4.03	7.82	880	229	784	250
12	Inne psychozy pochodzenia kiłowego	108	97	60	22	168	119	287	1.09	1.00	1.04	85	38	83	81
13	Schizophrenia	4269	4064	2472	2149	6 741	6 213	12 954	43.59	52.18	47.32	2053	2017	4688	4196
14	Paranoia i paraphrenia	159	171	75	75	234	246	480	1.49	2.06	1.75	76	81	158	165
15	Psychoza manjakalno-depresyjna	143	395	225	282	368	677	1 045	2.32	5.68	3.82	232	335	136	342
16	Psychozy reaktywne	97	132	144	127	241	259	500	1.56	2.17	1.83	176	144	65	115
17	Przypadki inne i nierozpoznane	91	59	506	307	597	366	963	3.86	3.07	3.52	398	302	199	64
18	Osoby uznane za zdrowe	8	12	239	5	247	17	264	1.60	0.14	0.96	240	16	7	1
		8076	7280	7394	4627	15 470	11 907	27 377	100.00	100.00	100.00	6579	4417	8891	7490

L'ETAT DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES ET DE L'ASSISTANCE AUX PSYCHOPATHES EN DEHORS DES ASILES EN POLOGNE AU COURS DES ANNÉES 1930 — 1933.

Dr. J. GALLUS.

Ce travail repose sur une nouvelle confrontation des données statistiques contenues dans les rapports annuels adressés par les établissements psychiatriques en Pologne au Département du Service de Santé au Ministère de l'Assistance Sociale; il concerne les années 1930 - 1933. Il comprend une liste complète des institutions en Pologne destinées à l'hospitalisation et à l'assistance aux malades mentaux, qui ont été nouvellement créées on qui ont cessé leur travail au cours des années indiquées plus haut, avec une indication précise du nombre de places prévues, en rapport avec le nombre total des malades mentaux et de la population générale de la Pologne. Viennent ensuite les données relatives au nombre des médecins, des employés administratifs, des infirmiers et des employés techniques, les données relatives aux moyens d'investigation médicale et de traitement, aux bibliothèques médicales et générales, aux cours pour les infirmiers, au travail des malades, etc. Le chapitre suivant donne un tableau détaillé du mouvement des malades dans les établissements, de leur encombrement, des entrées et sorties, des journées d'hospitalisation par malade, de la mortalité, de la repartition des malades d'après le sexe, l'origine et le diagnostic clinique. Enfin sont examinées les données relatives à l'assistance en dehors des asiles et aux malades déliquants.

ZAGADNIENIE ZRÓŻNICOWANIA PSYCHICZNEGO W ZALEŻNOŚCI OD GRUP KRWI

podał

WIKTOR TOMASZEWSKI

dr. med. i mag. fil.

WSTĘP. — GRUPY KRWI. — TECHNIKA. — ZNACZENIE GRUP KRWI I ICH GEOGRAFICZNE ROZPRZESTRZENIENIE. — ZAGADNIENIE KONSTYTUCJI ORAZ ZWIĄZKU PSYCHOFIZYCZNEGO. CHOROBY UMYSŁOWE. — PRZESTĘPCZOŚĆ. — TYPY KONSTYTUCJONALNE KRETSCHMERA. UZDOLNIENIA. — TEMPERAMENTY. — TEMPERAMENTY NARODÓW. — ZAKOŃCZENIE.

WSTĘP.

Funkcje psychiczne człowieka są z jednej strony uwarunkowane czynnikami wrodzonemi i dziedzicznemi, z drugiej zaś — wpływem środowiska, wychowania, otoczenia, a więc czynnikami zewnętrznemi. Ważniejszą rolę przypisuje się obecnie czynnikom wewnętrznym — dziedzicznym, które tworzą t. zw. konstytucję psychiczną. Wpływ i znaczenie czynników dziedzicznych nasuwały już dawno myśl, czy te czynniki nie są uwarunkowane przez odpowiednie cechy somatyczne, cielesne, i czy wraz z niemi nie są przekazywane z rodziców na potomstwo.

Od najdawniejszych czasów ludzie starali się wytłumaczyć sobie różnicę charakterów, temperamentów i właściwości psychicznych na podstawie cech zewnętrznych, cielesnych.

I tak H i p p o k r a t e s w IV. w. przed Chr. tłumaczył, że życie opiera się na czterech kardynalnych cieczach: 1) krwi (sanguis), 2) śluzie (phlegma), 3) żółci (chole) i 4) czarnej żółci (melanchole). Zdrowie zależało od prawidłowego składu tych płynów. W II. w. po Chr. lekarz rzymski G a l e n przeprowadził podział temperamentów w zależności od składu tych płynów. W XVIII. w., w okresie rozkwitu fizjologji (H a l l e r, S t a h l), szukano związków temperamentów z fizjologją. Starano się znaleźć podstawę dla różnic temperamentów we właściwościach układu nerwowego, animalnego i wegetatywnego, krwi oraz mięśni. W zależności od rozmaitej pobudliwości tych składników miały powstawać rozmaite temperamenty. W nowszych czasach podjęto szereg prób rozwiązania zagadnień psychofizycznych w oparciu o anatomję i fizjologję. K r e t s c h m e r starał się wyszukać związek między budową

ciała a psychicznemi właściwościami. Punktem wyjścia tych rozważań były badania nad chorymi umysłowo w zakładach psychjatrycznych.

Najnowsze badania krwi i wyniki, osiągnięte w tej dziedzinie, rokowały pewną nadzieję rozwiązania zagadnienia i oparcia zróżnicowania psychicznego na trwalszych podstawach. Szereg autorów zajmował się w ostatnich latach badaniem związku między grupami krwi a właściwościami psychicznemi, chorobami umysłowemi, uzdolnieniami, zwyrodnieniem psychicznem i moralnem, przestępczością, typami konstytucjonalnemi i rasą. Wyniki są bardzo różnorodne i rozbieżne. Obok pozytywnych pojawiają się wyniki ujemne lub niepewne. Praca niniejsza, wykonana z inicjatywy prof. dr. Błachowskiego (Zakł. Psychol. U. P.), ma za zadanie zestawienie wyników dotychczasowych badań w tej dziedzinie i krytyczne ich ujęcie.

GRUPY KRWI.

W r. 1900 odkrył uczony wiedeński Landsteiner pewne właściwości normalnej krwi ludzkiej, mianowicie zdolność zlepiania czyli aglutynowania krwinek czerwonych jednych osobników przez surowicę innych osobników. Istnieją dwa rodzaje ciał zlepnych czyli aglutynogenów, mianowicie A i B, które znajdują się w czerwonych ciałkach oraz dwa rodzaje aglutynin, które znajdują się w surowicy. Równe aglutynogeny i aglutyniny nie mogą spotkać się we krwi tego samego osobnika, gdyż wystąpiłoby wtedy zlepienie własnych krwinek.

Powstają wskutek tego cztery możliwe kombinacje:

1) Aglutynogenów A i B brak w czerwonych ciałkach; surowica zawiera aglutyniny $\alpha + \beta$ = Gr. I. = O $\alpha + \beta$

2) Aglutynogen A jest zawarty w czerwonych ciałkach; surowica zawiera aglutyninę β = Gr. II = A β

3) Aglutynogen B jest zawarty w czerwonych ciałkach; surowica zawiera aglutyninę α = Gr. III = B α

4) Aglutynogeny A i B znajdują się w czerwonych ciałkach; surowica nie zawiera żadnych aglutynin = Gr. IV = A B

Schematycznie i bardziej prosto można przedstawić te grupy krwi w sposób następujący:

Gr. I = O
Gr. II = A
Gr. III = B
Gr. IV = A B

W najnowszych czasach wykryto jeszcze nowe własności grupowe krwi, a mianowicie grupę M, N i P (Landsteiner i Levine 1927 r.). Grupa A zróżnicowała się na grupę A_1 i A_2. Przez Schiffa zostały ostatnio stwierdzone jeszcze dwie nowe cechy, G i H. Tych odmian i cech serologicznych jest — jak widzimy — więcej i coraz to nowsze są wykrywane. Być może, że w przyszłości dojdziemy do zupełnej indywidualizacji krwi, że oprócz własności grupowych człowieka, które znamy obecnie, będziemy znali również charakterystyczne cechy serologiczne osobnicze.

Dlaczego powstały te izoprzeciwciała oraz jaka jest ich rola i cel, nie jest jeszcze dotychczas wiadome. W każdym razie istnieje pewien antagonizm krwi, polegający na tem, że surowica jednych osobników zlepia lub niszczy krew innych osobników tego samego gatunku. Krew poszczególnych osobników jest różna — jak mówi Hirszfeld — „indywidualizm krwi nie jest mitem, lecz wielkiem prawem natury".

Każdy człowiek wszelkich ras i plemion na kuli ziemskiej należy do jednej z tych czterech grup.

Osobnik charakteryzuje się i odróżnia od innych szeregiem cech, z których jedną z najistotniejszych i najgłębiej wnikających jest grupowa przynależność krwi. Grupę krwi uważa się obecnie za stałą i dziedziczną cechę charakterystyczną osobnika oraz za istotny i swoisty składnik indywidualnej konstytucji. Grupowość krwi sięga w najgłębszą istotę komórki, bo w elementy dziedziczne człowieka. Grupy krwi dziedziczą się według praw Mendla, podług formułki, podanej przez Bernsteina (hipoteza trzech genów). Obecność A i B jest cechą dominującą, brak ich jest cechą recesywną. Na dziedziczeniu grup według praw Mendla opiera się w medycynie sądowej stwierdzenie ojcostwa.

Przynależność grupowa krwi pozostaje niezmienioną przez całe życie. Żadne wpływy klimatyczne, patologiczne, ani terapeutyczne nie zmieniają grupy krwi. W chwili urodzenia zróżnicowanie grupowe krwi nie jest jeszcze możliwe. Powstaje ono dopiero po urodzeniu, bądź też w pierwszym roku życia.

Oprócz obecności we krwi stwierdza się własności grupowe człowieka również w najrozmaitszych narządach ciała, wydalinach i wydzielinach ustrojowych, jak pot, ślina, nasienie, w wodach płodowych, łzach, moczu i t. d. Własności grupowe dają się nawet stwierdzić na przedmiotach i rzeczach, które znajdowały się w bliskiej styczności z człowiekiem, jak na ustnikach papierosów

(Ł a g u n a i M a k o w i e c), bieliźnie, ubraniu, co ma duże znaczenie w kryminologji. Własności grupowe mogą utrzymywać się nieraz przez bardzo długi okres czasu. Tak np. stwierdzono je jeszcze po 20 latach na poślinionej kopercie.

TECHNIKA.

Istnieją dwie metody, służące do określania grup krwi: metoda mikroskopowa na szkiełku podstawowem oraz metoda makroskopowa w probówkach.

Dla praktycznych celów wystarcza metoda szkiełka podstawowego. Dla określenia grupy nieznanej krwi służą gotowe, standaryzowane surowice, t. zw. hemotesty (w Polsce P. Z. H.). Na czyste szkiełka podstawowe, oznaczone liczbami, daje się kroplę gotowej surowicy (β) względnie (α). Do nich dodaje się małą kroplę krwi badanego osobnika, pobraną z palca lub ucha. Dla zmieszania można używać ułamka czystego szkiełka nakrywkowego, które po użyciu należy wyrzucić, aby przypadkiem nie brać tego samego ułamka do drugiej kropli. Można też poruszać szkiełkiem podstawowem, aby surowica sama zmieszała się z krwią. Reakcję można już stwierdzić po kilkunastu sekundach. Trzeba jednakże odczekać 3—5 min. Jako wynik dodatni określa się występowanie dość grubych zlepów krwinek. Przy wyniku ujemnym pozostaje jednorodna mieszanina.

Jeśli zlepienie nastąpiło po zmieszaniu z surowicą (β), to krew badana należy do grupy B; jeżeli zaś zlepienie nastąpiło po zmieszaniu z surowicą (α) — do grupy A. Gdy zlepienie krwinek wystąpi w obu kroplach, wówczas mamy grupę AB; natomiast przy zupełnym braku aglutynacji w obu kroplach mamy grupę O.

ZNACZENIE GRUP KRWI W ANTROPOLOGJI I ICH GEOGRAFICZNE ROZPRZESTRZENIENIE.

Grupowe cechy krwi mają w antropologji tak samo ważną rolę, jak kształt czaszki oraz rozmaite inne cechy anatomiczne. Zdaniem S c h i f f a, wprowadzenie badań grup krwi do antropologji, stanowi największy postęp od czasu wprowadzenia badań czaszki przez R e t z i u s a. Zagadnienie grup krwi sięga do najgłębszych zagadnień życia. H i r s z f e l d, wielce zasłużony badacz w omawianej dziedzinie, pisze: „Zagadnienie grup krwi wiąże się z najgłębszą tajemnicą powstania człowieka. Gdy wyrusza się na poszukiwania lądów odległych, po drodze czyni się niespodziewane

odkrycia. Taką drogą, gdzie dalekie wizje nierozstrzygniętych zagadnień i tajemnic umożliwiły odkrycia praktyczne, okazały się grupy krwi".

Zastosowanie grup krwi w antropologji datuje się od czasów wielkiej wojny. L. i H. Hirszfeldowie, badając w czasie wojny światowej zebranych w Salonikach żołnierzy 16-tu narodowości, stwierdzili, że każdy naród ma swoisty rozkład procentowy grup krwi, który jest charakterystyczny dla każdego narodu. Dla celów porównawczych i lepszej przejrzystości ustanowili oni wskaźnik biochemiczny ras:

$$\frac{A + AB}{B + AB}$$

Ten wskaźnik odzwierciedla nam stosunek poszczególnych grup krwi w pewnej grupie etnicznej. Okazało się, że rozkład ten jest bardzo różny wśród narodów. Im dalej na wschód, tem bardziej zmniejsza się ilość grupy A, a zwiększa ilość grupy B. Ludy azjatycko-afrykańskie mają przewagę krwi B, natomiast ludy zachodnio-europejskie przewagę krwi A. Ludy wschodniej Europy tworzą grupę przejściową.

Wśród ludów typu europejskiego spotyka się wskaźnik większy niż 2, natomiast wskaźniki niższe niż 1 należą do typu azjatyckiego. Wskaźniki między 1 i 2 należą do typu pośredniego. Okazało się również, że wskaźnik biochemiczny ras jest zupełnie niezależny od wpływów klimatycznych, pożywienia, zajęcia i t. d.

Verzar i Veszeczky, badając na Węgrzech mieszkających od wieków przedstawicieli trzech odrębnych ras, mianowicie Węgrów, Niemców-kolonistów i cyganów, stwierdzili, że rozkład grup oraz wskaźnik biochemiczny jest zupełnie różny i swoisty dla każdej z tych ras, mimo że od dłuższego czasu przedstawiciele tych ras mieszkają na jednej ziemi i wśród podobnych warunków.

W najnowszych czasach, odpowiednio do istniejącej anatomji porównawczej, powstała nowa nauka, zwana serologją porównawczą. Powstało również pojęcie t. zw. rasy serologicznej. Małpy człekokształtne posiadają własności grupowe identyczne z cechami grupowemi człowieka. Natomiast małpy niższe nie posiadają tych własności. W ten sposób znajduje pewne potwierdzenie hipoteza wspólnego pochodzenia człowieka i małp człekokształtnych. Hirszfeld i Dungern, próbując wytłumaczyć powstanie ras serologicznych, postawili hipotezę, że grupy krwi po-

wstały bardzo dawno, jeszcze przed powstaniem człowieka w dzisiejszej formie homo sapiens. Możnaby również przypuścić, że już w bardzo zamierzchłych czasach zróżnicowały się obecnie istniejące gatunki ludzi, małp i zwierząt i że dopiero później zróżnicowały się one serologicznie. Co do miejsca powstania grup, to według Hirszfelda, grupa A powstała prawdopodobnie na północy Europy, grupa B w południowej i środkowej Azji, różne zaś obecne ich rozmieszczenie powstało skutkiem zmieszania przez odwieczne parcie ludów ze wschodu na zachód i z zachodu na wschód. Obecne rozprzestrzenienie geograficzne grup krwi przedstawia nam historję człowieka od najbardziej zamierzchłych czasów, jest odzwierciedleniem wędrówek ludów, mieszania się ras podbitych ze zwycięzcami, przebycia wielkich epidemij oraz kataklizmów dziejowych.

Rozkład grup krwi dla Polski, oparty na badaniu 11.588 osób, jest, według Mydłarskiego i Halberówny (1925), następujący:

Gr. O + 32,5% Gr. A. = 37,5% Gr. B = 20,8% Gr. A B = 9,1%

Wskaźnik biochemiczny ras wynosi 1,5.

Porównując rozkład procentowy grup krwi w Polsce z procentowym rozkładem grup krwi w innych krajach Europy, stwierdza się, że Polska zajmuje pośrednie miejsce między wschodem a zachodem zarówno co do krwi A jak i krwi B.

Rozkład ten dla poszczególnych województw jest różny i wynosi:

Województwa:	Gr. O	Gr. A	Gr. B	Gr. A B
Warszawskie	32,9	34,9	22,9	9,2
Łódzkie	32,4	39,1	20,2	8,3
Kieleckie	30,3	39,6	20,1	10,0
Lubelskie	33,5	32,2	25,5	8,9
Nowogródzkie	37,4	37,3	16,9	8,4
Poleskie	30,6	36,2	23,6	9,5
Poznańskie	31,2	37,8	23,0	8,0
Wołyńskie	27,1	37,6	22,3	12,9
Pomorskie	30,1	41,1	19,2	9,6
Krakowskie	27,3	40,0	23,7	9,0
Lwow. Stanisł. Tarnop. . .	35,4	37,5	17,2	9,8
Wileńskie	33,3	39,5	19,1	8,0
Białostockie	32,4	35,7	21,6	10,2

Rozkład grup wśród Żydów w Polsce jest następujący:

Gr. O = 33,1 Gr. A = 41,4 Gr. B. = 17,4 Gr. A B = 8,1

Dla woj. pozn. i miasta Poznania ilości te, według danych z Zakł. Medycyny Sądowej U. P., wykonane na podstawie badań 2.408 osób (dr. Łaguna), wynoszą:

Gr. O. = 31,8 Gr. A = 36,9 Gr. B = 22,1 Gr. A B = 9,2

ZAGADNIENIE KONSTYTUCJI ORAZ ZWIĄZKU PSYCHOFIZYCZNEGO.

Przechodząc zkolei do strony psychicznej omawianego zagadnienia, trzeba jeszcze przedtem rozpatrzeć sprawę konstytucji i związków psychofizycznych.

Konstytucja ustroju w szerokiem znaczeniu jest natury morfologicznej, funkcjonalnej i ewolucyjnej. Konstytucja morfologiczna jest najbardziej widoczna i ona to przy pierwszem spojrzeniu rzuca się w oczy. Te więc rzucające się w oczy cechy zewnętrzne naszego ustroju służą nam do wyodrębnienia określonych typów konstytucjonalnych czyli grup ludzi, którzy na podstawie wrodzonych własności wykazują tak w swoim rozwoju, jak i w walce o byt typowe zachowanie się. Najważniejszym czynnikiem w powstawaniu cech konstytucjonalnych jest niewątpliwie dziedziczność. Oprócz dziedziczności na powstawanie cech wpływają również: uszkodzenie plazmy zarodkowej, dalej amphimixis, t. j. zmieszanie się plazmy obu rodzicielskich komórek zarodkowych, wreszcie zjawisko mutacji, odkryte przez de Vriesa.

Do całości obrazu konstytucji w szerokiem znaczeniu należą jeszcze cechy humoralne, a więc cechy soków ustrojowych, oraz duchowa struktura człowieka. Brugsch pod pojęciem konstytucji pojmuje w psychofizycznym związku zamkniętą całość określonego układu życiowego, którego wewnętrzne i zewnętrzne warunki znajdują się wśród wahań w równowadze, przyczem wewnętrzne warunki są określone przez geny, a ogólny charakter konstytucji przez stosunki ze światem zewnętrznym. Pod pojęcie konstytucji w szerokiem znaczeniu podpadają również właściwości grupowe krwi, jako cechy humoralne ustroju, będące częścią ogólniejszego pojęcia, mianowicie konstytucji serologicznej. Grupa krwi, jako cecha dziedziczna i stała, jest jednym z najistotniejszych i najbardziej charakterystycznych składników konstytucji osobniczej. W ostatnich latach rozwój badań nad konstytucją ludzką rozszerzył zakres jej

zastosowania i jej pierwotnego zamierzenia daleko poza klinikę i poza dziedzinę czysto fizjopatologiczną.

Osobnik ludzki tworzy pewną całość, pewien zespół cech fizycznych i psychicznych, pozostających ze sobą w pewnym stosunku. Już od wieków usiłowała filozofja rozwiązać zagadnienia wpływu duszy na ciało i naodwrót oraz ich wzajemnego związku drogą spekulacyjnych rozważań. W nowszych czasach w związku z potężnym rozwojem nauk przyrodniczych usiłowania te wkroczyły na grunt bardziej realny. Obecnie już innemi metodami starają się badacze rozwiązać ten problem.

Charakter i temperament należą do cech psychicznych osobnika, do pewnej konstytucji psychofizycznej w szerszem tego słowa znaczeniu. Każdy osobnik wykazuje pewne różnice usposobienia, charakteru i właściwości intelektualnych. Dążeniem nowszej psychologji jest zgłębić te różnice i znaleźć charakterystyczne i istotne ich cechy. Starano się wyodrębnić i stworzyć pewne typy psychiczne, podobnie, jak wyodrębniono pewne typy antropologiczne i konstytucjonalne. Dotychczasowy jednak podział charakterów i temperamentów jest bardzo różnorodny i oparty na różnych właściwościach psychicznych, w zależności od tego, co dany badacz brał za podstawę podziału i jakie cechy uważał za najważniejsze i najistotniejsze w zróżnicowaniu tych właściwości i typów psychicznych. Stąd podziały te są bardzo dowolne, bowiem cechy psychiczne są mało uchwytne i niewyraźne, niedające się bezpośrednio zmierzyć, a same metody badań są niepewne.

Nowoczesna psychologja i psychopatologja przyjmuje istnienie pewnego fizjologicznego podkładu dla temperamentów oraz innych przejawów psychicznych. Uznaje się obecnie istnienie pewnego związku psychofizycznego, lecz chodzi o wytłumaczenie tego zjawiska, na jakim to podkładzie odbywają się przejawy psychiczne i jakie jest podłoże biologiczne tych rzeczy. Istnieje pewien związek między typami konstytucjonalnemi a antropologicznemi, jak to wykazały badania rozmaitych autorów, między innymi Studenckiego oraz Tomaszewskiego, przeprowadzone przed kilku laty na 100 studentach. Z drugiej strony z typem konstytucjonalnym związany jest pewien zespół cech psychicznych, pewne usposobienie, pewna konstytucja psychiczna, jak to wykazały badania Kretschmera. Z budową ciała asteniczną związane jest nastawienie schizoidalne, z budową pykniczną — nastawienie cykloidalne. Między temi dwoma rodzajami zjawisk, psychicznemi

i cielesnemi, istnieje więc prawdopodobnie jakiś związek funkcjonalny.

Badania Studenckiego, przeprowadzone przed kilku laty na materjale polskim, starały się naświetlić zagadnienia wpływu rasy i konstytucji (Kretschmer) na psychikę. Okazało się, że w obrębie każdego z typów antropologicznych istnieją pewne charakterystyczne cechy usposobienia i charakteru oraz, że z rozmaitemi typami antropologicznemi są związane pewne właściwości psychiczne.

Odkrycia medycyny w dziedzinie endokrynologji wykazały istnienie szeregu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, które odgrywają ważną rolę w zróżnicowaniu przejawów ludzkiej psychiki. Doświadczalnie można było wywołać rozmaite stany psychiczne i zmiany usposobienia. Stwierdzono, że nadfunkcja pewnych gruczołów powoduje zaburzenia w psychice normalnej, wywołując łatwą pobudliwość i zmienność nastrojów. Brak lub obniżenie funkcji pewnych gruczołów dokrewnych pociąga za sobą wypadnięcie, zahamowanie, zwolnienie niektórych przejawów psychicznych.

Świetny rozwój nauki o krwi czyli hematologji, mianowicie odkrycie zróżnicowania krwi, jeśli chodzi o cechy jej indywidualne, następnie powstanie pojęcia t. zw. konstytucji serologicznej zwróciło uwagę i zachęciło niektórych uczonych do szukania podkładu dla przebiegów i właściwości psychicznych w różnicach grupowych krwi. Początkowo szukano związków grup krwi z patologją ludzką. Stwierdzenie, że na niektóre schorzenia cielesne zapadają łatwiej osobnicy, których krew przynależy do pewnej, określonej grupy krwi, aniżeli osobnicy których krew przynależy do innej grupy, nasunęło rozmaitym badaczom myśl, czy nie możnaby szukać również tych związków i w chorobach umysłowych. O takich związkach donosili w ostatnich latach rozmaici badacze. Dalsze zastosowanie znalazły badania grup krwi w kryminalistyce, gdzie część badaczy znalazła pewien związek tych grup z przestępczością. Inni badacze szukali takich korelacyj wśród niedorozwiniętych, psychopatów i degeneratów. Ostatnio przed kilku laty zastosowano te badania do normalnych ludzi celem wykrycia różnic psychicznych w usposobieniu i temperamencie między poszczególnymi osobnikami. Pewne wyniki, osiągnięte w schorzeniach psychicznych, dawały nadzieję ujawnienia również tych związków z właściwościami psychicznemi normalnych ludzi. Pierwszym był japoński badacz Takeji

Furukawa, który eksperymentalnie i na większą skalę zaczął stosować te badania krwi w szkole w łączności z badaniami psychologicznemi temperamentów. Jednakże już wcześniejszą wzmiankę o takich związkach spotyka się u Schütza i Wöhlischa w 1924 r.

Jak badania Mydlarskiego wykazały, istnieje pewien związek grup krwi z typami antropologicznemi. Mianowicie typ pre-słowiański posiada krew gr. O, typ laponoidalny gr. B, typ nordyczny grupy A. Z pewnemi typami antropologicznemi, jak szereg autorów wykazało, związany jest pewien zespół cech psychicznych. Właściwości grupowe krwi należą poza tem do konstytucyjnych cech ustroju i jako takie mogą stanowić, obok innych cech somatycznych, podstawę do szukania związków, łączących psychikę z ciałem. Stąd apriori sądząc, należałoby się może spodziewać takiej korelacji.

Pokolei przedstawione więc będą wyniki, jakie dotychczas osiągnięto przy zastosowaniu badań grup krwi do chorób psychicznych, przestępczości, temperamentów indywidualnych, temperamentów narodów, uzdolnień i typów konstytucjonalnych.

CHOROBY UMYSŁOWE.

Punktem wyjścia badań nad związkiem grup krwi z psychicznemi właściwościami była patologja. Znalazłszy pewną korelację w niektórych schorzeniach cielesnych, zwrócono się zkolei do schorzeń umysłowych, jako najbardziej związanych z konstytucją i dziedzicznością. Od szeregu lat ukazywały się prace, traktujące o związkach między grupami krwi a poszczególnemi jednostkami chorobowemi.

Z polskich autorów Wilczkowski zbadał około 400 osób. U schizofreników rozkład procentowy grup nie różnił się od przeciętnych wartości ludności zdrowej. Natomiast u chorych na paraliż postępujący znalazł wzrost gr. AB o półtora do dwa razy wyższy w porównaniu do ludności normalnej. Wynikałoby z tego, że grupa AB predysponuje więcej do porażenia postępującego. Różny czas trwania choroby nasuwa autorowi przypuszczenie, że przynależność grupowa ma również pewien wpływ i na przebieg tej choroby. Później opisuje Wilczkowski jeszcze 77 przypadków ciężkiej psychopatji i stwierdza tu pewną tendencję do zmniejszania się gr. O, a zwiększania gr. B. ewent. gr. AB.

Berstein w Rosji zbadał 150 osób, z tego 87 chorych umysłowo oraz 63 członków rodzin tych chorych. Badania jego wy-

kazały, że skład procentowy grup krwi osób umysłowo chorych różni się od składu procentowego ludności zdrowej. Te różnice zaznaczają się już, jak z jego badań wynika, u członków rodzin danych chorych. Stąd Berstein wnosi, że te cechy są dziedziczne. Feldmann i Elmanowitsch znaleźli w paraliżu postępującym dość znaczny wzrost grupy AB. Wzrost tej grupy spotkali oni również i wśród innych chorób umysłowych. Zwiększenie ilości grupy B i AB w paraliżu postępującym spotkali również Perkel i Israelson. Najrzadziej natomiast spotykało się grupę O. Biochemiczny wskaźnik rasowy wynosił w paraliżu postępującym—0,9, we wiądzie rdzenia—1,5, a kile mózgu—1,8. Chomińskij i Schustowa znaleźli w schizofrenji nieznaczną przewagę grupy A. Jednakże w porównaniu do pozostałego materjału są to różnice nieznaczne.

Na obszerniejszym materjale, bo 1000 chorych w zakładach psychjatrycznych okręgu medjolańskiego, przeprowadzał badania włoski autor Bravetta. Co się tyczy poszczególnych grup chorobowych, nie chce autor wyciągać jeszcze ostatecznych wniosków. Jednakże zauważa, że wybitniejsze różnice występują w tych grupach, gdzie liczba osobników była mała, dlatego błąd może się w tych grupach silniej uwydatniać. Duże znaczenie przypisuje autor badaniom grup krwi odnośnie do dziedziczności, prognozy i profilaktyki chorób umysłowych.

Badania Pilcza w wiedeńskiej klinice psychjatrycznej przeprowadzone zostały na również dość obszernym materjale, bo 1010 chorych umysłowo. Autor znalazł wśród dziedzicznie obciążonych, zdegenerowanych osobników, usposobionych do chorób umysłowych, wybitny wzrost grupy AB i B. Najczęstsze występowanie tych grup spotykało się u psychopatów i u osób z poalkoholowemi padaczkowatemi drgawkami. Natomiast nie znalazł żadnego związku między grupami krwi a schizofrenją i paraliżem postępującym.

Gutierrez w Hiszpanji badał 777 osób nerwowo i psychicznie chorych. Znalazł on przewagę grupy I, a zmniejszanie się grupy III i IV we wszystkich schorzeniach umysłowych z wyjątkiem paraliżu postępującego. Palmieri we Włoszech, badając umysłowo chorych przestępców, spotkał się z najczęstszem występowaniem grupy B wśród psychicznie chorych, przytem ta przewaga grupy B i AB występowała szczególniej wybitnie w paranoi i dementia praecox w porównaniu do psychicznie zdrowej ludności włoskiej.

Dużo materjału statystycznego dostarczają Proescher i Arkush z Kalifornji. Badali oni związek grup krwi z rozmaitemi schorzeniami psychicznemi. Rozkład we wszystkich jednostkach chorobowych jest prawie ten sam. (Dementia praecox, obłęd manjakalno-depresyjny, epilepsja, dementia paralytica i t. d.) Jednakże w porównaniu z materjałem kontrolnym, skład procentowy wśród psychicznie chorych różni się dość znacznie od składu zdrowej normalnej ludności. Autorzy wyciągają stąd wniosek, że naogół osobnicy o różnej grupie krwi mają różną dyspozycję do chorób umysłowych. Hamburger wyraża przypuszczenie, że umysłowo chorzy stanowią niejako inny materjał rasowy, niż ludność zdrowa.

Najobszerniejszy materjał psychjatryczny przedstawiają niemieccy autorzy Gundel i Tornquist. Ich badania obejmują 3000 chorych umysłowo w prowincji Schleswig-Holstein. W szeregu chorób, jak psychopatja, histerja, melancholja, obłęd manjakalno-depresyjny nie znaleźli autorzy wyraźnych różnic między grupami krwi osób chorych a zdrowej ludności. Natomiast w innej grupie schorzeń, mianowicie w alkoholiźmie i głuptactwie występuje wzrost grupy B. Ten wzrost grupy B jednak, zdaniem autorów, stoi w związku z „relatywną mniejwartościowością“ tej grupy w badanym okręgu Schleswig-Holstein. U schizofreników dał się wykazać wzrost grupy B i AB. Ten sam wynik otrzymano w 332 przypadkach paraliżu postępującego i wiądu rdzenia.

Jednakże wśród całego szeregu autorów, zajmujących się zagadnieniem związków między psychopatologją a grupami krwi, wystąpili rozmaici badacze z pracami, których wyniki podają w wątpliwość związek ten lub też zgoła go zaprzeczają. Autorzy tych prac, opartych również na obfitym materjale ludzkim, zwłaszcza ostatnich, gdzie liczba badanych dochodzi do kilku tysięcy, zapatrują się krytycznie na samo postawienie zagadnienia i jego wyniki.

I tak Sachs podaje, że jego współpracownicy — Dölter, Heimann i Witebsky znaleźli początkowo względny przyrost grupy B i AB przy pewnych schorzeniach psychicznych. Jednakże, zebrawszy następnie większy materjał, doszli do wyników odmiennych, mianowicie stwierdzili, że brak jest jakichkolwiek związków.

Meyer badał w Niemczech na Śląsku chorych umysłowo i znalazł nieznaczną przewagę grupy A w postępującym paraliżu, a grupy B w obłędzie manjakalno-depresyjnym. Schizofrenicy nie wykazali żadnych odchyleń od normy. Wybitnej jednak przewagi pewnej grupy krwi u chorych umysłowo nie można było wykazać.

Fattovich we Włoszech badał 300 umysłowo chorych o następującym rozkładzie chorób: 132 przypadki dementia praecox, 47 przypadków obłędu manjakalno-depresyjnego, 38 psychozy alkoholowej, 35 „phrenastenji", 23 epilepsji, 19 paraliżu postępującego oraz 9 przyp. dementia senilis. Dla tych chorób nie dało się wykazać żadnego wyraźnego związku z grupami krwi. Zwracała tylko uwagę większa liczba procentowa grupy II przy „phrenastenji", a w innych przypadkach przewaga grupy I nad II.

Somogyi i Angyal na Węgrzech nie znaleźli również żadnych istotnych odchyleń od normy wśród umysłowo chorych w stosunku do ludności zdrowej. Nie dało się również wykazać związków grup krwi z poszczególnemi chorobami. Brak również związków z zachorzeniami kiłowemi, o objawach psychicznych i nerwowych, jakoteż między psychopatją a dziedziczeniem grup krwi.

Największy materjał opracował Saleck, który zbadał 4521 osób z wirtembergskich zakładów psychjatrycznych oraz 1918 osób zdrowych psychicznie z klinik w Tübingen. Procentowy rozkład grup krwi wśród chorych umysłowo odpowiadał prawie w zupełności normalnej, zdrowej ludności Wirtembergji. W poszczególnych grupach chorobowych nie wykazał również żadnej wybitnej przewagi którejkolwiek grupy krwi. Stąd autor wyciąga wniosek, że brak jest związku między przynależnością grupową a dyspozycją do pewnych schorzeń psychicznych, przynajmniej dla Wirtembergji. Zauważonego przez Gundela zwiększonego występowania grupy B wśród ludności miejskiej w prowincji Schleswig-Holstein, a w porównaniu z tem zmniejszonego występowania tej grupy u ludzi mieszkających na wsi, nie można było wykazać w Wirtembergji.

Malinowski i Siedleczka zbadali 765 psychicznie chorych w zakładzie w Kobierzynie, w tem 517 przyp. schizofrenji, 75 padaczki i 56 przyp. porażenia postępującego. Odchylenia od procentowego stosunku u normalnej ludności są niewielkie, a materjał zbyt szczupły, stąd autorzy nie przypisują im istotnego znaczenia. Nie stwierdzili poza tem żadnej wybitniejszej różnicy odnośnie do płci i narodowości (Polacy, Żydzi).

Penacchi zbadał stosunek krwi do dementia praecox. Grupowość krwi w dementia praecox różniła się znacznie od grupowości normalnej ludności. Na podstawie swych badań, dokonanych na 162 osobnikach, chorych na dem. praec., autor dochodzi do wniosku, że osobnicy, którzy należą do grupy B, są najwięcej predysponowani do tej choroby. Najmniej natomiast są skłonni osob-

nicy grupy A. Niema przytem różnicy odnośnie do płci. Istnieje poza tem dość ścisły związek między poszczególnemi grupami krwi a rozmaitemi formami kraepelinowskiemi dementia praecox.

PRZESTĘPCZOŚĆ.

Duże znaczenie w psychologji, jako pewne właściwości charakteru oraz psychiki, mają cechy zbrodniczości u ludzi. Już oddawna toczy się spór, czy zbrodniczość jest oparta na wrodzonych, dziedzicznych właściwościach charakteru, czy też jest wynikiem działania środowiska, otoczenia, nieodpowiedniego wychowania i t. d. Jednem słowem, czy zbrodniarz rodzi się zbrodniarzem, czy też staje się nim wskutek działania warunków zewnętrznych. Najprawdopodobniej działają tu oba czynniki, u różnych osobników w różnym stopniu.

Cechy zdegenerowania i zbrodniczości uwydatniają się u niektórych osobników w cielesnych znakach. Są to t. zw. „stigmata degenerativa", które u osób zbrodniczych oraz u osób zdegenerowanych występują częściej, niż u osób psychicznie, moralnie i fizycznie zdrowych. Tych somatycznych oznak jest cały szereg. Nie oznaczają one jednak, że każdy osobnik, obarczony niemi, jest urodzonym zbrodniarzem lub predysponowanym do tego. Jednakże faktem jest, że przy sprzyjających okolicznościach łatwiej ulega ujemnym wpływom, mając już wewnętrzne podłoże po temu. Z tem zagadnieniem wiążą się głośne swego czasu badania, jakie przeprowadzał włoski uczony L o m b r o s o na zbrodniarzach. W kształcie czaszki i w jej nieprawidłowościach doszukiwał się wyrazu pewnych zbrodniczych popędów i skłonności oraz pewnych cech degeneracyjnych. Chociaż nauka L o m b r o s a o typach zbrodniczych upadła, jednakże pozostała zasadnicza myśl przewodnia jego nauki, mianowicie dążność do szukania związków między usposobieniem zbrodniczem a pewnemi cechami cielesnemi.

Ta myśl przewodnia L o m b r o s a uzyskała w nowszych czasach inną szatę, a samo podejście do zagadnienia zmieniło się gruntownie. W nowszych czasach uwaga badaczy zwróciła się ku serologji i nauce o grupach krwi.

Badania nad grupowością krwi wśród przestępców stanowią ciekawy przyczynek dla kryminologji. Szukając związków grup krwi z właściwościami psychicznemi, różni badacze już dość wcześnie zwrócili się do badań nad zbrodniarzami i wszelkiego rodzaju przestępcami. Łączność chorób psychicznych, stanów psychopatycz-

nych, niedorozwojów umysłowowych oraz popędów zbrodniczych już dawno była uznawana przez uczonych. Tło dziedziczne, wrodzone, właściwe im wszystkim, oraz pewna mniejwartościowość ogólna, łączy te stany we wspólną grupę. Szereg autorów uznaje pewną łączność grup krwi z przestępczością, inni jednak zaprzeczają temu.

I tak Böhmer zbadał 1034 więźniów w prowincji Schleswig-Holstein. Dało się wykazać naogół wzrost grupy B, który się zwiększał jeszcze silniej u niepoprawnych i recydywistów.

Niemiecki uczony Gundel zbadał liczny i różnorodny materjał więzienny i stwierdził, że osoby, skazane na ciężkie więzienie, zaliczają się najczęściej do grupy B. Badał również kobiety w więzieniu. Okazało się, że grupa B u kobiet więźniów jest jeszcze liczniej reprezentowana, niż u mężczyzn. Mianowicie występuje silny wzrost procentowy grupy B wśród kobiet skazanych na ciężkie więzienie oraz zupełny u nich brak grupy AB. Szczególnie wybitnie uwydatniało się liczne występowanie grupy B u prostytutek, chociaż procent grupy B jest już większy u robotnic oraz służących aniżeli u innych kobiet.

Zestawienie procentowe występowania grupy B u kobiet różnych zawodów przedstawia się następująco:

służące	11,2%
robotnice	12,0%
prostytutki	25,0%

Autor badał jeszcze mieszkańców Krajowego Zakładu Pracy, gdzie znajdował się większy materjał żebraków i włóczęgów. Gundel spodziewał się, że wśród żebraków będzie miał również do czynienia z ludźmi małowartościowymi. Sądził więc, że znajdzie wśród nich podobny rozkład procentowy jak wśród więźniów. Jednakże przypuszczenie to okazało się mylnem. Ilość procentowa grupy B nieróżniła się prawie od ilości grupy B wśród ludności normalnej. Strażnicy objaśnili też autora, że rozchodzi się wśród nich naogół o ludzi dobrodusznych i spokojnych.

Wśród kobiet żebraczek i włóczęgów znalazł natomiast potwierdzenie swego przypuszczenia, to znaczy wzrost grupy B. Podobne badania przeprowadziła Folomina w Rosji. Zbadała ona krew 1500 osobników, w tem 1000 przestępców oraz 500 normalnych osobników, mianowicie żołnierzy. Przestępcy wykazali wzrost grupy AB i grupy O.

Podobny rezultat otrzymali Niemcy Schütz i Wölisch. Autorka dochodzi do wniosku, że osobnicy grupy O i grupy AB popełniają więcej przestępstw, przyczem wśród osobników grupy O przeważają kradzieże, a grupy IV — morderstwa. Folomina sądzi, że rozkład grup krwi stoi w związku z konstytucją osobnika.

Włoski autor Canuto badał 517 przestępców w więzieniu w Turynie i Saluzzo. Okazało się, że wśród przestępców zwiększa się procentowa ilość grupy B, a odpowiednio do tego zmniejsza wskaźnik $\frac{A}{B}$ na 2,7 w stosunku do 3,0 u normalnej ludności. Szczególnie uderzającym był wzrost grupy B u recydywistów. zwiększając się odpowiednio do ciężkości kary. U wybitnie kryminalnych typów grupa B wzrastała do 19,6%, podczas gdy u przestępców lżejszych ilość ta wynosiła 11,5%, a u ludności wolnej 10,4%, Autor wyciąga więc wniosek, że procentowo grupa B u piemonckich przestępców jest wyższa, niż u ludności wolnej. Odpowiednio do tego zmniejsza się grupa A i AB. Wzrost grupy B był najwyraźniejszy wśród recydywistów, morderców oraz skazanych za napady rabunkowe. Mniej uwydatniało się to u lekkich przestępców.

Podobne badania przeprowadził we Włoszech również Palmieri na 98 umysłowo chorych przestępcach. Jest tu więc połączenie dwóch czynników patologicznych a mianowicie: choroby i przestępstwa.

Ze względu na połączenie tych 2 czynników i dla przejrzystości układu podaję tablicę, którą autor umieszcza w swej pracy:

Grupy krwi	O	A	B	AB
Norm. ludn. włoska	47,2	38	11	3,8
Umysł. chorzy przestęp. wogóle	28,57	41,83	18,36	11,22
Mordercy	21,42	44,64	21,42	12,50
Recydywiści	31,48	44,44	18,51	5,55
Złodzieje	43,75	43,75	6,25	6,25

Jak z tablicy wynika, przeważa wśród omawianego materjału w dość wybitnym stopniu grupa B i AB i to na niekorzyść grupy O. Wśród ludności włoskiej tworzy grupa O prawie połowę przypadków, natomiast wśród umysłowo chorych przestępców występuje tylko w 1/3, a wśród morderców zaledwie w 1/4 ilości przypadków. Grupa B i grupa AB zwiększa się u umysłowo chorych przestępców, a jeszcze w większym stopniu wśród morderców. Wśród złodziei B, brak zwiększania grupy występuje natomiast wzrost gr. AB.

Jako o ciekawym przyczynku do badań nad przestępczością należy wspomnieć, że Böhmer znalazł uderzający wzrost grupy B wśród sądowego materjału w procesach o ojcostwo.

Niewszyscy jednak autorzy otrzymali wyniki pozytywne. Wyniki, otrzymane przez niektórych są ujemne lub wątpliwe. Foerster w Niemczech zbadał kilkaset przypadków, w więzieniu w Monastyrze (Münster). Nie znalazł jednak żadnych związków, grupa B nie była zwiększona. Podobnie Hennemann w Giessen w Niemczech, badając 310 więźniów, nie mógł stwierdzić wyraźnych związków. Rozkład grup krwi był dość równomierny u wszystkich rodzaji przestępców, niezależnie od ciężkości przestępstwa. Wśród więźniów grupy B nie rozchodziło się o cięższych przestępców, niż w innych grupach. Jednak autor dodaje, że dopiero badania, oparte na wielotysięcznym materjale, mogłyby tę kwestję rozstrzygnąć.

W Rosji Gurevič i Gellermann-Gurevič, zbadawszy więźniów w moskiewskim centralnym szpitalu więziennym, otrzymali wyniki, nie różniące się prawie od danych, otrzymanych dla ludności Moskwy. Na podstawie swoich badań zaprzeczają więc oni istnieniu jakichkolwiek związków. Inny rosyjski autor Šusterow, badając 1412 osób w zakładzie poprawczym, nie znalazł również żadnych związków.

W Jugosławji Schmidt, badając 682 więźniów, nie mógł wykazać zwiększenia grupy B w stosunku do procentowego występowania grup krwi u dzieci szkolnych. Materjał więźniów był bowiem różnej narodowości, stąd autor, chcąc otrzymać materjał porównawczy, obliczył średnie wartości grupowe u dzieci szkolnych danej narodowości. Nie można było wykazać również częstszego występowania grupy B odpowiednio do powiększania się ciężkości przestępstwa. Grupa AB, która u ciężkich zbrodniarzy, badanych przez Gundela, nigdy nie występowała, znajdowała się w materjale autora również wśród morderców zwykłych oraz rabunkowych, jednakże w mniejszym procencie, niż u złodziei.

Tak samo Deml, badając w ostatnich czasach 1000 bawarskich więźniów, nie znalazł żadnych wyraźnych związków między grupami krwi a przestępstwem. Wyniki, odbiegające od normy, uważa za wynik czystego przypadku.

TYPY KONSTYTUCJONALNE KRETSCHMERA.

Czynione są również próby celem ustalenia związków między typami konstytucjonalnemi Kretschmera a grupami krwi.

Niektórzy autorzy wykazują takie związki, inni natomiast przeczą temu. I tak Böhmer wykazał wzrost grupy B u typów atletycznych i astenicznych aż do 18,2% i 26,6%. Według badań Viernsteina, Michel Weebera, v. Rohdena i innych, typ asteniczno-atletyczny przeważa u przestępców wybitnie okrutnych oraz recydywistów. Własne badania Böhmera, dokonane na 100 osobnikach, wykazują wzrost grupy B u asteniczno-atletycznych, zwłaszcza u asteników, którzy przedstawiają materjał szczególnie recydywistyczny. Zdaniem autora, przy pomiarach ciała i określaniu typów konstytucjonalnych należałoby zawsze oznaczać również grupy krwi. Przyszłość jeszcze okaże, czy te związki są istotne, czy nie.

Schütt występuje z propozycją, aby lekarze więzienni robili masowe badania grup krwi wśród więźniów. Sam Schütt wykonał w większych rozmiarach badania grup krwi oraz porobił antropologiczne pomiary kształtu czaszki, cech cielesnych i t. d., aby wykazać związek grup krwi z najrozmaitszemi czynnikami, jak rasa, przestępczość, schorzenia i t. d.

We Włoszech Viola wykonał badania na 540 zdrowych, młodych osobnikach, oznaczając obok grup krwi również pewne wymiary ciała. Autor znalazł w grupie O i A pewną przewagę i skłonność do „longitypji", t. zn. do długowzrostu, natomiast w grupie B i AB przewagę „brevitypji" — krótkowzrostu i megalesplanchnji, a więc pewną skłonność do otyłości. Plotićer w Rosji badał grupy krwi u dzieci nienormalnych oraz, między innemi, zajmował się stosunkiem tych grup do typów konstytucjonalnych. Rozpatrując tylko typy asteniczne (50 dzieci), zauważył wzrost wśród nich grupy A do 43,1%, podczas gdy norma wynosi 37,1%. Autor znalazł zwiększoną liczbę grupy A u asteników, ślepych i niemych. Natomiast degeneraci wykazali wzrost grupy AB, a osobnicy o atletycznej budowie — wzrost grupy O. Te wyniki zgadzają się z wynikami Folominy, która u złodziei znajdowała najczęściej grupę O, a wśród morderców grupę AB. Daje więc takie tłumaczenie: złodzieje są atletoidami, mordercy degeneratami. Bezwzględnie stałego i pewnego związku między grupami krwi a wadami psychicznemi oraz grupami krwi a konstytucją nie daje się z całą pewnością wykazać. Pewne punkty styczne zdają się istnieć, trzeba jednakże jeszcze dalszych badań w tym kierunku.

Do odmiennych wyników doszedł Foerster, który nie znalazł związku grup krwi z przestępstwem i nie mógł również wy-

kazać jakichkolwiek związków z budową ciała. Podobnie Teneff we Włoszech, badając grupy krwi, coprawda tylko u 72 osób, nie znalazł żadnych związków z typami konstytucjonalnemi Violi (Normotypus, typus microsplanchnicus, typus megalosplanchnicus). Również hiszpański badacz Naranjo, zbadawszy 329 umysłowo chorych (162 leptosomicznej budowy, 89 atletycznej i 58 pyknicznej), nie zdołał wykazać jakichkolwiek związków. Rozkład procentowy grup krwi we wszystkich 3 typach konstytucjonalnych był mniejwięcej jednakowy i odpowiadał 777 innym chorym w tym samym zakładzie.

Ciekawe są wyniki badań, podane w ostatnich czasach przez Weyricha. Zbadał on wzajemny stosunek trzech czynników do siebie a mianowicie: samobójstwa, grupowości krwi i budowy ciała. Badania prowadził na 103 zwłokach samobójców męskich z okręgu Steiermark w Austrji. Typy konstytucjonalne określał według Kretschmera, przeprowadzając bardzo dokładne pomiary. W porównaniu do ludności normalnej (przeszło 1000 zbadanych) występuje, według autora, pewna predyspozycja grupy O do samobójstwa. Natomiast gr. A, a szczególnie gr. AB wykazuje najmniejszą skłonność do samobójstwa. Autor przypuszcza, że polega to może na pewnej konstytucji duchowej oraz na różnych właściwościach psychicznych i różnem reagowaniu osobników z poszczególnych grup krwi. W Steiermark wśród samobójców budowa ciała typu leptosomiczno-atletyczno-dysplastyczna występuje o wiele częściej, niż budowa pykniczna. Z badań tych wynika, że istnieje szczególna skłonność do samobójstwa u ludzi, którzy należą budową ciała do typu leptosomiczno-atletyczno-dysplatycznego, a w krwi ich stwierdza się gr. O. Pyknicy są natomiast z natury mniej skłonni do samobójstw, przytem najwięcej predysponowana w tym typie jest grupa B. Najmniej zaś są usposobione do samobójstwa osoby, które, należąc do typu pyknicznego, posiadają równocześnie gr. O. Wyniki tych badań są bardzo ciekawe, jednakże są one oparte na zbyt szczupłym materjale, by można z nich wyciągać jakieś ostateczne wnioski.

Problemem związku grup krwi z konstytucją cielesną zajmowali się również w Rosji Čalisow i Pogibko. Zbadali oni 902 osoby, oznaczając grupę krwi oraz cały szereg cech cielesnych. Na podstawie swych badań dochodzą autorzy do wniosku, że istnieje wyraźny związek między grupami krwi a konstytucją cielesną. Dla każdej grupy ustalili szereg cech, z któremi naj-

częściej są związane poszczególne grupy. Tak np. grupa O ma występować u ludzi silnie zbudowanych, mocno rozrośniętych, o proporcjonalnych kształtach.

Badania innego autora rosyjskiego — Kaševarova uwzględniają trzy czynniki: grupy krwi, budowę ciała i choroby umysłowe. W wyniku badań, przeprowadzonych na 237 chorych umysłowo, dochodzi autor do wniosku, że u pykników przeważa gr. II i IV przy zmniejszaniu się gr. I i III, w typie mięśniowym wzrasta grupa IV na niekorzyść gr. I i III. Natomiast u asteników przeważa gr. IV na koszt gr. III. W schizofrenji wzrasta gr. IV, w epilepsji gr. III, w paraliżu postępującym gr. II, a w przewlekłym alkoholiźmie gr. II i IV.

UZDOLNIENIA.

Kilku autorów zajmowało się również zagadnieniem stosunku uzdolnień do grup krwi. Uzdolnienia stanowią jedną z cech psychiki ludzkiej i są wyrazem wysokowartościowości osobników. Znaczenie takich związków, gdyby okazały się prawdziwemi, byłoby jeszcze większe, niż w kryminalistyce. Dałoby to zgóry pewien realny podkład do selekcji uzdolnionych i wysoko wartościowych osobników. Już wcześnie, bo w roku 1924, Schütz i Wöhlsch zbadali 1649 osób, które rozłożyli na kilka grup. Zbadawszy grupę 146 osób, złożoną z profesorów kilońskiego uniwersytetu, asystentów i wybitnie uzdolnionych studentów, doszli do wniosku, że grupa A wzrasta wśród osobników o wysokiej inteligencji. Zupełnie inny i wprost przeciwny wynik otrzymali u 138 badanych więźniów.

O dalszych wynikach donosi Plotićer w 1928 r. Badał on 512 nienormalnych dzieci w wieku od 6 do 18 lat, różnej narodowości. Jeśli rozpatrywać wyniki w całości, wówczas nie odbiegają one prawie od wyników badań w stosunku do normalnej ludności. Jednakże te różnice uwydatniają się dopiero przy podziale na poszczególne grupy, odpowiednio do defektu umysłowego lub konstytucji. Materjał swój podzielił autor na kilka grup:

1) oligophrenia (191 dzieci)
2) amoralitas socialis (dzieci bezdomne oraz dzieci z pewnemi skłonnościami przestępczemi) (143 dzieci)
3) braki i zaburzenia psychofizyczne (ślepi, niemi) (153 dzieci)
4) zaburzenia wewnątrzwydzielnicze (funkc. gruczołów dokr.) (10 osób)
5) nocne moczenie (15 dzieci)

Wśród 191 dzieci kategorji I (oligophrenja) 13 dzieci należało do grupy AB, co wynosi 6,8% (norma 6,6%). Gdy jednak rozpatruje się oddzielnie w tej grupie zdecydowanych i wybitnych degeneratów (52 dzieci), wówczas na grupę AB wypada wśród nich 32,7%.

Badacz japoński Furukawa stwierdził wzrost grupy O w stosunku do procentowej ilości tej grupy u narodu japońskiego wśród uczennic Wyższej Szkoły Nauczycielskiej, do której przyjmuje się uczennice drogą konkursu z pośród bardzo dużej ilości zgłaszających się. Wśród kadetów Szkoły Wojskowej stwierdził natomiast wzrost grupy A w stosunku do średnich danych u dorosłych Japończyków.

TEMPERAMENTY.

W ostatnich latach badanie grup krwi zyskało duże znaczenie dla psychologji przez zastosowanie grupowości krwi w nauce o temperamentach. Badania eksperymentalne Furukawy nad temperamentami w związku z grupami krwi rzuciły zupełnie nowe światło na samo zagadnienie zróżnicowania temperamentów. Starał się on mianowicie zbadać, czy nie istnieje jakaś fizjologiczna podstawa, na której możnaby oprzeć podział temperamentów normalnych ludzi. Przez to możnaby było zastąpić dotychczasowe dość różne i dowolne podziały, oparte tylko na cechach psychicznych. Tej podstawy doszukiwał się w konstytucji serologicznej, mianowicie w grupowości krwi.

Autor opracował własną metodę badania temperamentów. Zależnie od rodzaju temperamentu podzielił ludzi na typy czynne i bierne. Ułożył rodzaj ankiety, w której wypisane były główne cechy charakteru. Badany osobnik, na podstawie tylko subjektywnej oceny, oznaczał znaczkiem te cechy, które odpowiadały jego usposobieniu. Dla uzyskania dokładniejszych wyników, któreby uzupełniały subjektywną ocenę, autor zbierał jeszcze objektywne dane od otoczenia, w którem przebywał badany osobnik. W szkole uczennice miały polecenie oznaczyć każdą koleżankę, czy należy do typu aktywnego, czy biernego. Te wszystkie czynniki uzupełniał jeszcze danemi, uzyskanemi od nauczycieli.

Badania te przeprowadził autor najpierw na 61 osobach ze swego otoczenia i znalazł potwierdzenie swej teorji w 95,1%. Następne badania zostały przeprowadzone na 248 uczennicach Żeńsk. Wyższego Seminarjum Nauczycielskiego. 200 wśród tych 248

przypadków, t. zn. 80,6%, odpowiada jego teorji. Chcąc potwierdzić wyniki i rozszerzyć materjał badany, przeprowadził Furukawa jeszcze dalsze badanie na 104 osobach wśród mężczyzn i kobiet powyżej lat 30-tu. W tej grupie badanych znalazł w 94,2% potwierdzenie swej teorji. U osób w wieku około lat 30-tu, według autora, wrodzone cechy temperamentu osiągają pewną stabilizację.

W wyniku swoich badań autor dochodzi do wniosku, że najważniejszy, podstawowy składnik temperamentu stanowi grupa krwi, przytem różnica temperamentów poszczególnych osobników oparta jest na fizjologicznie różnych przyczynach. Zależnie od psychicznych właściwości, które stanowią podstawę podziału temperamentów, dzielą się one na 3 główne grupy, a mianowicie: na typ aktywny, dynamiczny, typ bierny, statyczny i typ pośredni — mieszany. Grupa O i B należy w większości przypadków do typu aktywnego, grupa zaś A i AB w przeważającej ilości przypadków — do typu biernego. Grupę AB jest naogół trudno oznaczyć, ponieważ są to osobnicy o mieszanych cechach i występują w stosunku do innych grup o wiele rzadziej. Wśród badanych osób tej grupy cechy zewnętrzne odpowiadają grupie B, a cechy wewnętrzne — grupie A.

Co do cech psychicznych poszczególnych grup krwi, to, według Furukawy, osobnik grupy O, jako typ aktywny, jest samolubny, rozsądny, samodzielny, o silnej woli, nieugięty, niepobudliwy i energiczny. Osobnik grupy A, jako wewnętrznie i zewnętrznie typ bierny, jest sentymentalny, łagodny, niesamodzielny, wstydliwy, o słabej woli, skromny, prawy, niezdecydowany, bojaźliwy i łatwo pobudliwy. Osobnik grupy B, jako typ głównie nazewnątrz aktywny, jest wesoły, ruchliwy, dowcipkujący, towarzyski, nieuważny, nerwowy i stale zajęty. Osobnik grupy AB posiada cechy psychiczne mieszane, częściowo z grupy A i częściowo z grupy B.

Badając rozkład grup na poszczególnych oddziałach Wyższ. Żeńsk. Sem. Naucz., stwierdził na oddziale literatury oraz języków wzrost grupy O, a więc u osobników czynnych, samodzielnych; natomiast na oddziale nauk przyrodniczych, robótek ręcznych i gimnastyki dał się wykazać wzrost grupy A i AB, a więc u osobników więcej posłusznych, łagodnych i konserwatywnych.

Co się tyczy stosunku grup krwi do typów charakterologicznych Wundta, to według Furukawy, osobnicy grupy O są fleg-

matykami, grupy A melancholikami, grupy B sangwinikami, a grupy AB — sangwinikami lub melancholikami.

Oprócz tej fizjologicznej, wrodzonej podstawy, opartej na grupowości krwi, charakter człowieka jest jeszcze uwarunkowany przez wpływy otoczenia, wychowania, psychologiczne wpływy przystosowania, kompensacji i t. d. Furukawa wierzy, że z trzech najważniejszych duchowych składników człowieka: inteligencji, usposobienia i woli, znalazł do pewnego stopnia wyjaśnienie dla dwóch ostatnich, mianowicie — usposobienia i woli.

W następnej pracy, która wyszła w 1930 r., podaje Furukawa wyniki dalszych swych badań, opartych już na obszerniejszym materjale, bo 640 osobach. Z tego jedna grupa, licząca 188 osób, składała się z osób starszych w wieku od 27 do 70 lat, które były krewnymi i znajomymi autora, oraz z absolwentek wyższ. żeńsk. sem. naucz. Druga grupa badanych w liczbie 452 osób składała się z młodszych uczennic norm. sem. naucz. w wieku od 16 do 21 lat. Badania te potwierdziły wyniki, podane przez autora, w pierwszej pracy. Wyjątki, które nie zgadzają się z jego teorją, stara się autor odnieść do takich czynników, jak wychowanie, środowisko i t. d. albo przypuszcza, że grupa krwi jednego, czy dwojga rodziców nie była homozygotem, lecz heterozygotem.

Furukawa dochodzi do wniosku, że osoby grupy O są przeciwieństwem grupy B w uczuciu i woli, natomiast są podobne do siebie we formie czynności, jak to objektywnie można osądzić.

Osoby grupy O są przeciwieństwem grupy A w uczuciu, woli oraz we formie ogólnej czynności.

Osoby grupy A są przeciwieństwem grupy B we formie czynności, są zaś podobne do siebie w uczuciu.

Trudno jest natomiast osądzić objektywnie temperament osobników grupy AB.

TEMPERAMENTY NARODÓW.

Już oddawna zajmuje się psychologja studjami charakterów narodowych. Jako materjał do tych studjów służyły dotyczas: mitologja, język, tradycja, religja, sztuka, historja, geograficzne stosunki i t. d. Obecnie zdaje się dochodzić jeszcze grupowość krwi jako objektywny podkład temperamentu narodowego.

Związek grup krwi z temperamentem osobnika nasuwał myśl, czy nie da się zastosować tych wyników do całych grup ludzi, albo jeszcze lepiej — do całych narodów. I rzeczywiście Furukawa

podjął tę myśl i porównał temperamenty narodowe z rozkładem grup krwi w poszczególnych narodach.

Jak z badań osobniczych wynika, osobnicy grupy O i gr. B należą do typów czynnych i postępowych. Jednakże z temi cechami dodatniemi łączy się również charakter egoistyczny i samolubny. Osobnicy tacy są trudni do kierowania, nieposłuszni i opozycyjnie nastawieni. Stąd duża ilość osobników grupy O i gr. B, jakby należało przypuszczać, nie sprzyja rozwojowi silnego państwa, silna przewaga takich osobników utrudnia życie państwowe lub też wręcz uniemożliwia wytworzenie silnego i potężnego organizmu państwowego. Naodwrót osobnicy gr. A i AB należą do typu biernego i konserwatywnego. Jednakże są poza tem typami spokojnemi, łagodnemi, mają altruistyczne nastawienie i odznaczają się ofiarnością i posłuszeństwem. Stąd większa liczba takich osobników sprzyja rozwojowi państwa potężnego, spoistego; taki naród żyje też w spokoju i odznacza się porządkiem.

Na potwierdzenie swoich wywodów Furukawa ustanawia wskaźnik temperamentu narodów $\frac{O+B}{A+AB}$.

Wskaźnik poniżej 1 wskazuje na większą obecność typów biernych, spokojnych; stąd takie narody żyją najczęściej w spokoju. Wskaźnik, który jest równy 1, wykazuje równą ilość osobników biernych i czynnych. Gdy wskaźnik wzrasta powyżej 1, zwiększa się wówczas ilość osobników aktywnych i taki naród staje się ekspansywny i groźny dla sąsiadów. Jeżeli wskaźnik wynosi powyżej 1,5, t. zn. gdy ilość osobników czynnych w państwie wynosi powyżej 60%, państwo takie ma wówczas bardzo luźną spoistość, jest wojowniczo usposobione lub są to szczepy, żyjące w zupełnie dzikim stanie.

Dla porównania podaje Furukawa zestawienie wskaźnika temperamentu narodów dla rozmaitych państw i ludów:

Japończycy	0,82	Anglicy	1,16
Szwedzi	0,82	Francuzi	1,19
Norwegowie	0,87	Włosi	1,39
Węgrzy	0,99	Duńczycy	1,46
Chińczycy	1,05	Arabowie	1,67
Finlandczycy	1,05	Rosjanie	1,67
Austrjacy	1,08	Ameryk. Murzyn.	2,08
Półn. Amerykanie	1,10	Hindusi	2,63
Niemcy	1,13	Cyganie	2,73
Polacy	1,14	Indjanie	3,95
Bułgarzy	1,14	Filipińczycy	5,37

I rzeczywiście charakter narodowy zgadza się poniekąd z temi obliczeniami. Ludy takie, jak Szwedzi, Norwegowie, Węgrzy, Chińczycy, Finlandczycy żyją naogół w spokoju i są dość konserwatywne. Jednakże mimo najniższego wskaźnika nie można tego powiedzieć o Japończykach, którzy w obecnych czasach wykazują ogromną ekspansję militarną, handlową, przemysłową, naukową i t. d. Naodwrót Duńczycy, dla których wskaźnik wypadł tak wysoki, są ludem bardzo spokojnym i raczej konserwatywnym.

Wskaźnik między 1—1.5 posiadają północni Amerykanie oraz większość ludów Europy, wykazując, jak Niemcy, Anglicy, Włosi, dość silną ekspansję i prężność narodową. Dla Polski, wskaźnik wypada 1,14 więc tyle, ile dla Bułgarów, nieco więcej niż dla Niemców, a mniej, niż dla Anglików, Francuzów i Włochów. Wskaźniki wysokie powyżej 1,5 stosują się rzeczywiście dobrze do ludów niecywilizowanych, pół dzikich, koczowniczych, nie tworzących samodzielnych jednostek państwowych.

Ten wskaźnik temperamentu narodów można również zastosować do mniejszych grup ludzkich, jak to czynił Furukawa. Znalazł on wzrost wskaźnika wśród uczennic wyższ. żeńsk. sem. naucz. w stosunku do ogólnego wskaźnika temperamentu narodu japońskiego, czyli wykazał wśród nich przewagę typów czynnych, aktywnych.

Chcąc porównać wskaźniki temperamentu ludności rozmaitych stron Polski, podaję zestawienia tych wskaźników dla poszczególnych województw:

Województwo	warszawskie	1,26
„	łódzkie	1,10
„	kieleckie	1,01
„	lubelskie	1,43
„	białostockie	1,17
„	nowogródzkie	1,18
„	poleskie	1,18
„	poznańskie	1,18
„	wołyńskie	0,97
„	pomorskie	0,97
„	krakowskie	1,04
„	lwow. stanisł. tarnop.	1,11
„	wileńskie	1,10

Jak wynika z zestawienia, wskaźnik temperamentu jest najwyższy w wojew. lubelskiem, i to niewspółmiernie wysoki w sto-

sunku do innych województw. Być może, że polega to na zbyt małej ilości zbadanych osób (463). Wyższym jest również wskaźnik w wojew. warszawskiem. Bardzo niski jest natomiast w wojew. wołyńskiem i pomorskiem. Niski wskaźnik w wojew. wołyńskiem należy odnieść prawdopodobnie również do zbyt małej ilości badanych osób, bo 85. W woj. pomorskiem ilość badanych osób wynosiła 850, stąd niski wskaźnik dla tego województwa wydaje się bardziej prawdopodobnym. Wszystkie inne województwa mają wskaźniki wahające się około średniej wartości dla całej Polski mianowicie 1,14.

Wynikałoby więc z tego zestawienia, że ludność najbadziej konserwatywna, najspokojniejsza, wykazująca najwięcej typów biernych, zamieszkuje wojew. pomorskie. Natomiast typy czynne, temperamenty żywe, ale równocześnie egoistyczne i niesprzyjające wytworzeniu silnej państwowości, zamieszkiwałyby wojew. lubelskie i warszawskie.

Porównanie wskaźników temperamentu poszczególnych dzielnic daje również ciekawe wyniki, mianowicie — najwyższy wskaźnik w byłym zaborze rosyjskim, a więc największą ilość typów czynnych, lecz równocześnie samolubnych i trudno dających się utrzymać w karbach państwowości.

ZAKOŃCZENIE

Sumując i rozpatrując krytycznie wyniki badań nad grupami krwi oraz związkiem jaki zachodzić może między rodzajem grupy krwi a konstytucją, temperamentem, uzdolnieniem, skłonnością do schorzeń psychicznych, zbrodniczością u ludzi, stwierdzić należy, że wyniki tych badań są bardzo różnorodne.

Badania nad związkiem zachodzącym między rodzajem grupy krwi a chorobami psychicznemi i stanami psychopatycznemi dały wyniki potwierdzające ten związek, jak również wątpliwe a nawet całkowicie negatywne. Podobnie rzecz ma się z przestępczością; część autorów dopatruje się związku, część zaś neguje lub — ostrożniejsza — zaprzecza możliwości zachodzenia związku dla materjału tylko danej okolicy. W ostatnich pracach, omawiających związek grup krwi z chorobami umysłowemi i przestępczością opartych na większym materjale, spotyka się raczej zaprzeczenie lub powątpiewanie, niż potwierdzenie dawniejszych wyników innych autorów.

Niektórzy badacze zapatrują się bardzo sceptycznie na samo podejście do zagadnienia. Zdaniem ich, trzebaby wykazać, że podłoże dziedziczne dla grup krwi jest to samo, co dla właściwości

psychicznych. Jednakże z drugiej strony sądzą, że nie można zgóry zaprzeczać możliwości takich związków.

Te najrozmaitsze wyniki trudno jest nieraz porównać ze sobą, ze względu na różne źródła pochodzenia. Być może, że w pewnych narodach lub w pewnych okolicach te związki wskutek jakichś nieznanych przyczyn są wyraźniejsze, w innych zaś mniej wyraźne. Na wynik, zwłaszcza oparty na mniejszej ilości badanych, mogą wpływać przypadkowe zmiany i nieprzewidziane czynniki. Bądźcobądź na powstanie zbrodniczości oprócz czynników endogennych wpływają również czynniki egzogenne. Silniejsze uwydatnienie się jednych lub drugich może zmienić zasadniczo wynik.

Na wynik może wpływać również pochodzenie badanych osobników. Rozkład grup krwi nie jest jednolity w całym narodzie, lecz waha się w dość szerokich granicach, które trzeba uwzględnić przy wyciąganiu tak wniosków pozytywnych, jak i negatywnych. Wśród przeciętnego składu grupowego krwi pewnej ludności spotyka się nieraz całe wyspy, zwłaszcza w okolicach, gdzie ludność mało się mieszała, różniące się bardzo znacznie procentowym składem od dalszych lub bliższych okolic.

Jeśli chodzi o dodatnie wyniki badań, to odnośnie do przestępczości, większość badaczy wskazuje na grupę B, jako na wykazującą największy związek z przestępczością. Także wśród prostytutek spotykano wzrost grupy B.

Również w chorobach umysłowych grupa B i grupa AB wykazuje najwięcej styczności z temi schorzeniami. Jednakże tutaj wyniki są już mniej pewne. Nieraz w rozmaitych jednostkach chorobowych jedni badacze stwierdzali wzrost jednej grupy, natomiast inni znajdowali wzrost przeciwnej.

Co się tyczy uzdolnień to wyniki są oparte na bardzo małym materjale. To samo można powiedzieć o związkach grup krwi z typami konstytucjonalnemi Kretschmera.

Wyniki badań nad temperamentami są bardzo ciekawe i wprost rewelacyjne. Jednakże materjał jest jeszcze zbyt mały i odnosi się tylko do ludności japońskiej. Brak dotychczas potwierdzenia tych badań przez innych autorów, na innym materjale rasowym. Najciekawsze i może najbardziej pozytywne wyniki zdają się być osiągnięte w badaniach temperamentów narodowych.

Samo zagadnienie związku cech psychicznych z grupami krwi jest bardzo ważne i wobec tak różnych wyników nie można

przejść nad niem do porządku dziennego, lecz trzeba kontynuować badania.

Gdyby wykazano istotnie jakiś ścisły związek cech psychicznych z grupami krwi, wówczas miałoby to bardzo duże znaczenie społeczne, wychowawcze i sądowo-lekarskie. Byłoby to nietylko znaczenie teoretyczne i naukowe, ale konsekwencje tych związków prowadziłyby do szerokiego zastosowania praktycznego tych wyników. Pozytywne wyniki dałyby się zastosować do profilaktyki zbrodniczości, oraz miałyby wpływ na rodzaj i wymiar kary. Rozszerzyłyby się również podstawy kryminalnej antropologji. Dalej znalazłyby zastosowanie praktyczne w psychjatrji, eugenice i socjologji. Przedewszystkiem jednak największe znaczenie miałyby te badania w wychowaniu i w wyborze zawodu u dzieci. U starszych grałyby dużą rolę w poradnictwie zawodowem, w psychotechnice i w selekcji osób zdolniejszych.

Na podstawie dotychczasowych badań i wyników nie można jeszcze wyrzec ostatecznego słowa. Kwestja jest nadal otwarta i wymaga jeszcze dalszych wielotysięcznych badań na najróżnorodniejszym materjale. Samo zagadnienie jest pociągające i obiecujące, lecz rozwiązanie jego należy do przyszłości.

LITERATURA.

Berstein G. — Die Verteilung der Blutgruppen unter Geisteskranken und ihre Vererbung.
Sowremennaja psichonewrołogija. Tom I, zeszyt 1, str. 79—84, r. 1925 (ros.).
Ref.: w „Zentralblatt für die gesammte Neurologie u. Psychiatrie". Bd. 41 — 1925, str. 875.

Böhmer K. — Blutgruppen und Verbrechen. Deutsche Zeitschr. für die gesammte gerichtliche Medizin. 1927, tom IX, str. 426.

Bravette G. — Gruppi sanguigni e costituzione morbosa. Note Psichiatr. 1930 — 59, str. 189.
Ref.: Deutsche Ztschr. f. d. g. ger. Med. 1931, Bd. 17, str. 50.

Canuto G. — La distribuzione dei gruppi sanguigni nei criminali piemontezi. Arch. di Antrop. crimin. 1928 — 48, str. 687.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1929. Bd. 13, str. 233.

Čalisov M. i Pogibko N. — Blutgruppen und Konstitution Bjul. Komiss. vivčan. Krovjan Ugrup. 1931. 176,5.
Ref.: D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1932. Bd. 19, str. 43.

Deml A. — Blutgruppenzugehörigkeit der bayerischen Strafgefangenen. Erlangen Diss. 1932. S. 15.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1933. Bd. 20, str. 192.

Fattovich G. — Gruppi sanguini e malattie mentali. Riv. Neur. 1928 — 1, str. 207.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1929. Bd. 13, str. 233.

Foerster A. — Blutgruppen und Verbrecher.
D. Z. f. d. g. ger. Med. 1928. T. 11, str. 487.
Folomina W. — Isohämagglutinationsgruppen bei Verbrechern.
Arch. f. Kriminologie 1929. Bd. 84, str. 145.
Furukawa T. — Die Erforschung der Temperamente mittels der experimentellen Blutgruppenuntersuchung.
Ztschr. f. angewand. Psychologie 1928. Bd. 31, str. 271.
„ — Temperament and Blood-groups.
The Journal of Social Psychology 1930. № 4, S. 494.
Godycki-Ćwirko M. — Antropometrja. R. 1933.
Gundel M. — Blutgruppenuntersuchungen bei Strafgefangenen.
D. Z. f. d. g. ger. Med. 1928. T. 11, str. 99.
„ — Einige Beobachtungen bei der rassenbiologischen Durchforschung Schleswig-Holsteins
Klinische Wochenschrift 1926 — № 26, str. 1186.
„ — Rassenbiologische Untersuchungen an Strafgefangenen Klin. Wochenschr. 1926, № 46, str. 2165.
Gundel u. Tornquist A. — Über Beziehungen zwischen Blutgruppen u. Geisteskrankheiten. Archiv. für Psychiatr. 86, S. 576, 1929.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1930. Bd. 14, str. 139.
Gurevič N. u. Gellermann-Gurevič F. — Isohämagglutinationseigenschaften des Blutes bei Syphylitikern. Rusk. Klin. 1928, 9, str. 622.
Ref.: D. Z. f. g. ger. Med. 1930. Bd. 14, str. 43.
Gutierrez A. — Blutgruppen u. Psychosen. Archivos cardiol. 1932 — 13, str. 414 (Hiszp.).
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1933, Bd. 21, str. 162.
Halberówna i Mydlarski J. — Badania nad grupami serologicznemi w Polsce. Medycyna Doświadcz. i Społeczna 1925. Tom IV, str. 260.
Hennemann W. — Blutgruppenbestimmungen an Strafgefangenen.
D. Z. f. d. g. ger. Med. 1931, Bd. 16, str. 126.
Hirszfeld L. — Zagadnienia konstytucjonalizmu w świetle badań serologicznych. Med. doświadcz. i Społ. 1924, tom III, str. 403.
„ — Konstitutionsserologie u. Blutgruppenforschung. Berlin — Julius Springer 1928.
„ — Grupy krwi. Warszawa — Delta — 1934.
Kaševarov M. — Die Gruppenzugehörigkeit des Blutes, Körperbau und Psychosen.
Rab. psichiatr. klin. Kazan. Univ. 1928, H. 2, str. 144.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1929, Bd. 13, str. 294.
Kretschmer — Körperbau u. Charakter, Berlin 1925 — IV. Auflage.
Łaguna St. — O grupach krwi i ich znaczeniu praktycznem dla różnych działów nauk lekarskich. Nowiny Lekarskie 1929, tom. XII, zeszyt 11, 13, 15, 19, 23.
Malinowski J. i Siedleczka — Grupy serologiczne krwi u psychicznie chorych zakładu w Kobierzynie. Polsk. Gaz. Lek. 1926, № 49, r. V.
Meyer F. — Die Blutgruppenverteilung in der schlesischen Bevölkerung sowie die Beziehung der Blutgruppen zu Geisteskrankheiten.
Deutsch Med. Wochenschrift 1928, II, str. 1461.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1929. Bd. 13, str. 117.
Naranjo Lopez A. — Die Blutgruppen u. ihre Beziehung zum Konstitutionstypus Kretschmers.
Archivos Cardiol. 1932, Bd. 13, str. 153 (Hiszp.)
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1933. Bd. 21.
Pennacchi F. — I gruppi sanguigni nella demenza precoce.
Ann. Osp. psichiatr. prov. Perugia. 1928, 22 str. 5.
Ref.: D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1930. Bd. 15, str. 155.
Palmieri V. — Die Verteilung der Blutgruppen unter Geisteskranken Verbrechern.
D. Z. f. d. g. ger. Med. 1928. Bd. 12, str. 506.

P i l c z A. — Untersuchungen über Blutgruppenzugehörigkeit bei Geisteskranken.
Jahrbuch f. Psychiatr. u. Neurol. 1927. Bd. 45, str. 120.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1928. Bd. 12, str. 52.
P l o t i ć e r A. — Die Isoaglutinierenden Eigenschaften des Blutes nicht normalen Kindern.
Trudy ukrain. psichonewr. 1928, T. 6, str. 121.
Ref.: Zentrbl. f. die ges. Hygiene 1929. Bd. 19, str. 738.
S a l e c k W. — Bestehen Beziehungen zwischen Blutgruppen und Geisteskrankheiten?
Z. Immun. Forschung. 1932, str. 280, tom 74.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1932. Bd. 20, str. 54.
S c h i l l i n g V. — Das Blutbild u. seine klinische Verwertung.
1933 — Jena — G. Fischer, str. 76.
S c h m i d t A. — Blutgruppenbestimmungen an Strafgefangenen.
D. Z. f. d. g. ger. Med. 1929. Bd. 13, str. 373.
S c h ü t t E. — Rasse u. Bluttzusammensetzung.
Ztschr. f. Medizinalbeamte u. Krankenhausärzte.
1925, № 20, str. 667.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. — 1926. Bd. 7, str. 480.
S c h ü t z F. u. W ö h l i s c h E. — Bedeutung und Wesen von Hämagglutination und Blutgruppenbildung bei Menschen.
Klin. Wochenschr. 1924 II, str. 1614.
S o m o g y i u. A n g y a l A. — Untersuchungen über Blutgruppenzugehörigkeit bei Geisteskranken.
Arch. f. Psychiatr. 1931. Bd. 95, str. 290.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1932. Bd. 18, str. 257.
S t u d e n c k i St. — O typie psychofizycznym Polaka — Poznań 1931.
Odbitka z Kwartalnika Psycholog.
Š u s t e r o v G. — Die Isoagglutinierenden Eigenschaften des Menschenblutes nach den Beobachtungen an Insassen der Besserungsanstalt in Omsk.
Moskowsky medicinskiy Żurnal 1927. Jg. 7, str. 1 (ros.)
Ref.: D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1928. Bd. 11, str. 41.
T e n e f f — Valori quantitativi dele proprieta gruppo specifiche e costituzione.
Atti 4, Congr. Naz. Microbiol. 1932, str. 1921.
Ref.: D. Z. fd. g. ger. Med. 1933. Bd. 29, str. 150.
T h o m s e n O. — Handbuch der Blutgruppenkunde. Rozdział: Nerven u. Geisteskrankheiten 1932. München Lehmans-Verlag.
T o m a s z e w s k i W — Stosunek typów antropologicznych do konstytucjonalnych.
Przegląd Antropologiczny 1930. P. 4, str. 94.
W e y r i c h G. — Blutgruppen, Körperbau und Selbstmord D. Z. f. d. ges. ger. Med. 1934. Bd. 23. H. 6, str. 387.
W i l c z k o w s k i E. — Badanie konstytucjonalnych serologicznych grup krwi u schizofreników i porażeńców postępujących.
Rocznik Psychjatr. 1927. Zeszyt 5, str. 135.
„ — Das Problem der serologischen Konstitution der Psychopathen.
Rocznik Psychiatr. 1929. Zeszyt II, str. 50.
Ref.: D. Z. d. g. ger. Med. 1931. Bd. 16, str. 239.
V i o l a D. — Gruppi sanguini e costituzione fisica.
Atti 4. Congr. Naz. Microbiol. 1932, str. 105.
Ref.: D. Z. f. d. g. ger. Med. 1933. Bd. 22, str. 150.

LE PROBLÈME DE LA DIFFERENCIATION PSYCHIQUE DANS SES RAPORTS AVEC LES GROUPES SANGUINS.

Dr. VICTOR TOMASZEWSKI.

Dans son travail, l'auteur présente tout ce qui a été publié dans la littérature du monde concernant les liaisons des groupes sanguins avec les caractères psychiques de l'homme. L'auteur résume les résultats obtenus et les classifie. Ce travail, basé sur plus de 40 publications de différents auteurs, surtout contemporains, nous donne un aperçu critique du problème.

Au commencement l'auteur esquisse l'historique du problème, concernant les relations entre les traits psychiques et physiques. Ensuite il présente les données principales sur les groupes sanguins, leur répartition géographique et leur importance dans l'anthropologie. Puis il parle du problème de la constitution et du parallélisme psycho-physique. L'une des étapes de la recherche des relations psycho-physiques, c'est l'analyse des groupes sanguins, par rapport aux manifestations psychiques. L'auteur analyse les relations entre les groupes sanguins et les maladies mentales, la criminalité, les types constitutionnels, l'intelligence et les tempéraments des individus ainsi que ceux des nations.

D'aprés les recherches publiées, l'auteur aboutit à la conclusion que les résultats et les opinions des auteurs diffèrent beaucoup. Les uns ont trouvé des relations fixes, les autres les nient. Les dernières recherches, fondées sur un grand nombre d'individus (quelque mille malades) sont plutôt négatives. Quelques-uns traitent ce sujet avec beaucoup de scepticisme et critiquent l'idée même de ce problème. S'il s'agit de résultats positifs, certains auteurs soulignent que le groupe B possède moins de valeur et qu'il est lié le plus souvent à la criminalité.

Etant donné que le problème est très important et les résultats diffèrent beaucoup, il faut continuer les recherches, mais sur des cas plus nombreux et plus différenciés.

A la fin l'auteur indique toute la bibliographie du sujet.

DWA WYJAŚNIENIA MINISTERSTWA OPIEKI SPOŁECZNEJ W SPRAWACH PSYCHJATRYCZNYCH

podał

Dr. W. ŁUNIEWSKI.

Ubiegły rok kalendarzowy przyniósł nam dwa autorytatywne wyjaśnienia Ministerstwa Opieki Społecznej w sprawach psychjatrycznych.

Pierwsze dotyczy opieki pozazakładowej. Żywsze zainteresowanie sprawą opieki pozazakładowej, spowodowane (powiedzmy to otwarcie) kryzysem gospodarczym, doprowadziło do tego, że to, o czem dyskutowaliśmy na naszych zjazdach i na łamach naszych pism psychjatrycznych przed wielu laty, zaczęło nagle przyoblekać się w szaty rzeczywistości konkretnej i to z szybkością niemal że amerykańską. Według wiadomości, jakie napływają z różnych stron, gdzie zaczęto organizować opiekę pozazakładową, mamy już w Polsce około 800 chorych, umieszczonych w opiece rodzinnej, lepiej lub gorzej zorganizowanej. Jest to już bardzo poważna liczba, dorównywująca pojemności większego zakładu.

W parze z szybkością rozwoju naszej opieki pozazakładowej szła — niestety — jej bezplanowość. Już w samych początkach rozwoju tej sprawy zakradło się do niej kilka zasadniczych błędów, które mogłyby w przyszłości zaważyć bardzo niekorzystnie na losach całej sprawy i wprowadzić ją na fałszywe tory w samem zaraniu jej istnienia. Ponieważ ujęcie sprawy opieki pozazakładowej w karby przepisów ustawowych byłoby jeszcze niemożliwe ze względu na zbyt szczupły zakres naszych własnych doświadczeń w tej dziedzinie, jak również ze względu na przewlekłość procesu kodyfikacyjnego, Ministerstwo Opieki Społecznej wybrało inną drogę, a mianowicie drogę zaleceń w postaci okólników do Władz Wojewódzkich, które z urzędu sprawować muszą nadzór nad opieką pozazakładową na podległym im terenie, dopóki przyszła ustawa nie ustanowi nad temi instytucjami nadzoru inspektoratu psychjatrycznego.

Pierwsze zalecenie Ministerstwa, datowane dniem 25 stycznia 1934 r., omawia stosunek Ministerstwa do punktów opieki rodzinnej ze stanowiska rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych. Nie chcąc utrudniać rozwoju opieki rodzinnej ograniczeniami, jakie, formalnie rzeczy biorąc, możnaby było zastosować do domu, w którym umieszcza się za opłatą chorych, nienależących do rodziny, Ministerstwo nie podciąga opieki pozazakładowej pod pojęcie zakładu prywatnego (lecznicy), stawia jej jednak pewne warunki, podyktowane troską o to, aby punkty opieki rodzinnej nie przerodziły się w przedsiębiorstwa, obliczone na zysk, które mogłyby wypaczyć podstawową ideę opieki rodzinnej.

Jednym z pierwszych punktów, jakiemu ma odpowiadać opieka rodzinna, jest posiadanie fachowej pomocy psychjatrycznej. Aby ją pozyskać, poszczególne rozrzucone punkty opieki pozazakładowej winny być zorganizowane i podporządkowane jakiemuś statutowi. Nie przesądzając form tej organizacji, które dadzą się ukształtować różnorodnie, zależnie od miejscowych warunków, Ministerstwo wskazuje w swoim okólniku jako przykład organizację kolonji województwa wileńskiego, pomyślaną oryginalnie.

Taka czy inna organizacja opieki rodzinnej musi dążyć do do tego, aby lekarz i odpowiedzialny zarząd kolonji mieli możność wykonywania nadzoru nad jej prawidłowością i posiadali dostateczną egzekutywę dla swych zarządzeń. Może to być stosunkowo łatwo osiągnięte w ten sposób, że opłaty za chorych nie będą wpływały bezpośrednio do rąk żywiciela, lecz za pośrednictwem zarządu, w którym lekarz będzie miał głos decydujący.

Zalecenie Ministerstwa stawia zdecydowanie tamę tej formie spekulowania na opiece rodzinnej, która ujawniła się już w Dekszni przed ujęciem jej w karby nowej organizacji, i polegała na tem, że zamożniejsi żywiciele urządzali z opieki rodzinnej masowe przedsiębiorstwa, prowadzone przy pomocy donajmowanej służby i zakrojone poprostu na miarę zakładów, utrzymywanych na poziomie niesłychanie niskim pod względem higjeny i kultury. Aby zapewnić opiece pozazakładowej charakter opieki rodzinnej, Ministerstwo ogranicza liczbę chorych, których może przyjąć jedna rodzina, zasadniczo do dwóch, a w drodze wyjątku — w okresie przejściowym — do liczby dorosłych członków rodziny żywiciela.

Zgodnie z zasadami, przyjętemi w tych krajach, które mają dłuższe doświadczenie w tej sprawie, Ministerstwo zabrania przyj-

mowania do jednej rodziny chorych odmiennej płci. Dalsza treść zalecenia Ministerstwa z d. 25 stycznia 1934 r. dotyczy warunków higjenicznych pomieszczeń i zawiera także formalne przepisy co do sposobu prowadzenia książek ewidencyjnych żywicieli i chorych. Okólnik Ministerstwa zabrania wkońcu przyjmowania do opieki rodzinnej chorych, niebezpiecznych dla porządku prawnego, którzy powinni być umieszczani w myśl Kodeksu karnego w zamkniętych zakładach psychjatrycznych.

Zalecenia Ministerstwa, zawarte w okólniku z dnia 25 stycznia, dotyczą także opieki rodzinnej, organizowanej przy zakładach i pozostającej pod kontrolą lekarzy zakładowych (w t. zw. adneksyjnym typie opieki). Ponieważ do wiadomości Ministerstwa doszło, że w kilku miejscach, w których została już zorganizowana opieka pozazakładowa, pozostająca pod kontrolą lekarską, zaczęły powstawać punkty opieki, nie podporządkowujące się zaleceniom, zawartym w okólniku z dnia 25 stycznia, a niektóre z takich punktów dzikich starają się nawet o pozyskanie firmowych lekarzy, zaangażowanych na własną rękę przez zainteresowanych żywicieli, aby salwować się przed zarzutem braku opieki lekarskiej, — Ministerstwo Opieki Społecznej wydało pod datą 17 sierpnia 1934 roku drugie pismo okólne do Panów Wojewodów, zainteresowanych w tej sprawie, w którem wyjaśnia swoje stanowisko w stosunku do opiek rodzinych, wyłamujących się z pod ram organizacji i spod kontroli lekarzy, nie zainteresowanych bezpośrednio w zyskach z tego powodu.

Druga sprawa, obchodząca żywo nasze zakłady psychjatryczne, dotyczy umieszczania w zakładach osób, podlegających władzom wymiaru sprawiedliwości. Naskutek kilkakrotnych reklamacyj Ministerstwa Sprawiedliwości, które skarży się na to, że władze sądowe napotykają duże trudności w umieszczaniu psychicznie chorych, którzy podlegają umieszczeniu w zamkniętym zakładzie leczniczym z mocy postanowień sądów po myśli artykułów: 17, 18, 79, 80 i 82 Kodeksu karnego, Ministerstwo Opieki Społecznej wystosowało do Ministerstwa Sprawiedliwości pismo, datowane dniem 16 lipca ub. r., w którem wyjaśnia swoje stanowisko w tej sprawie.

Najważniejsza część omawianego tu wyjaśnienia Ministerstwa Opieki Społecznej dotyczy przyjmowania do zwykłych zakładów psychjatrycznych osób o tak zwanej poczytalności zmniejszonej, które podlegają umieszczeniu w zamkniętym zakładzie dla psychicznie chorych, albo w innym zakładzie leczniczym, jeśli sąd uznał

je za mające zmniejszoną zdolność rozpoznawania lub kierowania postępowaniem, a ich pozostawanie na wolności grozi niebezpieczeństwem porządkowi prawnemu. Ministerstwo Opieki Społecznej wypowiada się przeciwko temu, aby osoby, o których mowa, były umieszczane w zwykłych zakładach psychjatrycznych razem z psychicznie chorymi w ściślejszem znaczeniu tego wyrazu.

Chodzi o to, że w przeciwstawieniu do niepoczytalnie psychicznie chorych, których prawodawca nazywa „sprawcami czynu" i których całkowicie uwalnia od odpowiedzialności sądowej, osoby, podlegające internowaniu po myśli art. 18 i 80 Kod. karnego, są traktowane przez prawodawcę jako „przestępcy", którzy mają prawo do przywileju „nadzwyczajnego złagodzenia kary" tem niemniej przecież nie są od kary zwolnione i podlegają ewentualnemu wykonaniu tej kary „po zwolnieniu przestępcy z zakładu leczniczego".

Wyjaśnienie Ministerstwa Opieki Społecznej ma zasadnicze znaczenie.

Przyjmowanie do naszych zwykłych zakładów psychjatrycznych wszelkiego rodzaju mniej wartościowych „przestępców" jedynie ze względu na ich ewentualne niebezpieczeństwo dla „porządku prawnego", groziłoby naszym i bez tego przepełnionym zakładom całkowitem ich zatkaniem, zwłaszcza. że rozciągła redakcja art. 18 naszego Kodeksu stwarza możliwość nadania pojęciu „poczytalności zmniejszonej" bardzo rozległej interpretacji. Umieszczanie w zwykłych zakładach psychjatrycznych mniej poczytalnych „przestępców", nad którymi wisi jeszcze zasądzona kara, zacierałoby całkowicie różnicę pomiędzy nieodpowiedzialnym „sprawcą czynu" karalnego i mniej odpowiedzialnym, ale przecież odpowiedzialnym przestępcą, i musiałoby w konsekwencji nadać naszym szpitalom psychjatrycznym charakter więzień.

Ponieważ koszty pobytu w zakładzie psychjatrycznym, jako zakładzie leczniczym, obciążają w zasadzie czy to samego chorego, czy jego rodzinę, czy wreszcie w razie jego niezamożności gminę jego miejsca zamieszkania względnie związki samorządowe wyższego rzędu, powstałaby przy umieszczaniu w szpitalach przestępców konieczność obciążenia kosztami ich pobytu w zakładzie tych osób i instytucyj prawa publicznego, które nie są do tego obowiązane z mocy prawa i mogłyby przeciw temu protestować.

Skądinąd sprawa postępowania z „przestępcami" mniej wartościowymi wiąże się ściśle z zagadnieniem polityki kryminalnej i nie byłoby rzeczą wskazaną, aby ta sprawa, wymagająca jednolitej

linji wytycznej, wychodziła poza zakres kompetencyj jednego Ministerstwa, a mianowicie Ministerstwa Sprawiedliwości. Podział przestępców na dwie grupy, z których jedna pozostałaby w zakładach, podlegających bezpośrednio Ministerstwu Sprawiedliwości, druga zaś pozostawałaby przez pewien — dłuższy — czas w zakładach leczniczych, nadzorowanych przez Ministerstwo Opieki Społecznej, uniemożliwiałby do pewnego stopnia prowadzenie tej jednolitej polityki kryminalnej, którą ma właśnie na widoku nasz nowy Kodeks karny, hołdujący, jak wiadomo, nowoczesnym idejom walki z przestępczością.

Opierając się na tych wszystkich wywodach, Ministerstwo Opieki Społecznej wyraża pogląd, że przestępcy mniej wartościowi, korzystający z przywilejów art. 18, a zarazem niebezpieczni dla porządku prawnego, powinni być umieszczani w zakładach specjalnych, które powinno powołać do życia i któremi też powinno zarządzać bezpośrednio Ministerstwo Sprawiedliwości. Stanowisko, zajęte przez Ministerstwo Opieki Społecznej w tej sprawie znajduje uzasadnienie w piśmiennictwie lekarskiem polskiem, szereg bowiem autorów, którzy zabierali głos w tej sprawie jeszcze przed wejściem w życie nowego Kodeksu karnego, wypowiadało się w tym samym duchu.

Stanowisko, zajęte przez Ministerstwo Opieki Społecznej, reprezentujące u nas w Polsce sprawy Państwowej Służby Zdrowia, znajduje też uzasadnienie w praktyce innych krajów europejskich, które uwzględniają w swoich kodeksach postulat „poczytalności zmniejszonej", we wszystkich bowiem krajach, w których kodeksy karne przewidują stosowanie środków zabezpieczających obok środków represji karnej w ściślejszem znaczeniu, jak nprz, we Włoszech, Belgji i innych, administrowanie temi środkami, choćby to były środki natury lekarskiej, należy do resortu Ministerstwa Sprawiedliwości.

W omawianej tu sprawie byłoby, rzecz oczywista, do pomyślenia także inne, z gruntu odmienne stanowisko. Byłoby do pomyślenia i skądinąd byłoby może nawet rzeczą bardzo pożądaną, aby całokształt zagadnień, związanych z opieką nad psychicznie nienormalnymi ludźmi, skupiał się w ręku władz Państwowej Służby Zdrowia, a więc — przy istniejącym u nas podziale ministerstw — w ręku Ministerstwa Opieki Społecznej. Byłoby niewątpliwie korzystne dla sprawy samej takie ukształtowanie stosunków, aby nietylko mniej poczytalni przestępcy, ale także domy wycho-

wawcze dla przestępców młodocianych, dla dzieci t. zw. „moralnie zaniedbanych", aby i szkoły specjalne dla dzieci niedorozwiniętych, jako też wszystkie agendy zdrowia, nietylko w więziennictwie, ale także w szkolnictwie, komunikacji etc. — znalazły się pod jednolitym zarządem władz Państwowej Służby Zdrowia. Dopóki wszakże taka koncepcja scaleniowa nie zyska dla siebie uznania czynników miarodajnych, dopóty nie będzie dostatecznych podstaw, aby pod skrzydła Ministerstwa Opieki Społecznej miała być zagarniana specjalna sprawa mniej poczytalnych przestępców. W każdym bądź razie, nawet w tym przypadku, w krórymby ta koncepcja częściowego rozszerzania kompetencyj Służby Zdrowia miała być realizowaną, należałoby się domagać nowelizacji Kodeksu karnego, aby wymazać z czoła klijentów zwykłych zakładów leczniczych, jakiemi są nasze zakłady psychjatryczne, piętno „przestepców" i kazać im odbywać złagodzoną karę nie po zwalnianiu z zakładu leczniczego, lecz raczej przedtem, zanim zostaliby oni umieszczeni w szpitalach[1]).

Po tych kilku słowach wstępnych pozwalam sobie podać do wiadomości kolegów psychjatrów teksty powołanych w artykuliku niniejszym pism Ministerstwa Opieki Opołecznej.

Odpis

MINISTERSTWO
OPIEKI SPOŁECZNEJ

Warszawa, dnia 25 stycznia 1934 r.

№ Z. U. 31/10/10

W sprawie opieki pozazakładowej nad psychicznie chorymi.

Pismo okólne

Do

Panów Wojewodów

i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

W związku z rozwijającą się — szczególnie w niektórych dzielnicach kraju — tendencją do lokowania psychicznie chorych w domach osób prywatnych, podejmujących się opiekowania się chorymi za pewną opłatą, Ministerstwo Opieki Społecznej wyjaśnia, jakie należy zająć w tej mierze stanowisko.

Formalnie — w myśl przepisów rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych — dom, w którym umieszcza się chorych, nienależących do rodziny, można uważać za zakład leczniczy i należałoby zastosować względem takiego domu przepisy powołanego rozporządzenia, odnoszące się do lecznic.

W przypadku lokowania psychicznie chorych w rodzinach osób trzecich nie chodzi o leczenie, ale raczej o adoptację chorego do współżycia społecznego w rodzinie. Ten typ opieki nad psychicznie chorymi przedstawia z punktu

---

[1]) Jest rzeczą zrozumiałą, że przejęcie sprawy opieki nad mniej wartościowymi przestępcami pod zarząd Państwowej Służby Zdrowia musiałoby pociągnąć za sobą znaczne powiększenie budżetu Ministerstwa Opieki Społecznej.

widzenia psychjatrycznego pewne walory terapeutyczne w pewnych przypadkach, nie byłoby więc wskazane, aby utrudniać jego rozwój przez nadawanie mu charakteru lecznictwa zakładowego.

Zachodzi przecież obawa, uzasadniona zresztą faktami znanemi Ministerstwu, że opieka rodzinna nad psychicznie chorymi może przeobrazić się w przedsiębiorstwo, obliczone na zysk, które pod płaszczykiem opieki rodzinnej uprawiać może spekulację handlową i wypaczać zasadniczą ideę opieki rodzinnej.

Z tych względów należy roztoczyć baczny nadzór nad osobami, przyjmującemi do siebie psychicznie chorych.

Aby umożliwić pozyskiwanie dla chorych psychicznie, pozostających w opiece rodzinnej, fachowej psychjatrycznej pomocy lekarskiej, należy dążyć do tego, aby osoby, przyjmujące chorych, organizowały się w kolonje, np. na wzór istniejących kolonij w gminach Rudziszki i Olkienniki w woj. wileńskiem. Zarząd takiej kolonji ma możność zaangażowania dla kolonji stałego lekarza psychjatry.

Opłaty za chorych w kolonjach winny być uiszczane nie bezpośrednio tej osobie, która przyjmuje chorych, lecz za pośrednictwem Zarządu kolonji, który w ten sposób ma możność roztoczenia kontroli nad prawidłowością opieki poszczególnych żywicieli a także ma możność wywierania nacisku na to, by zarządzenia lekarza kolonji były respektowane.

Do opiek rodzinnych winni być przyjmowani chorzy w liczbie nie przekraczającej w zasadzie 2-ch osób na jedną rodzinę. W pewnych szczególnych przypadkach można zezwolić na to, by liczba chorych była większa, nie może ona jednak przekraczać liczby dorosłych członków rodziny żywiciela. Lokowanie chorych w jednym domu w większej liczbie powinno być kategorycznie zwalczane.

Do jednej rodziny nie mogą być przyjmowani chorzy różnych płci, ale jedynie tylko bądź mężczyźni, bądź kobiety.

Pomieszczenie chorych winno odpowiadać przynajmniej najniezbędniejszym wymogom higjeny mieszkań — z reguły powinien to być osobny pokój, zespolony integralnie z mieszkaniem żywiciela. Również i teren, otaczający pomieszczenie, powinien być utrzymywany w higjenicznym stanie.

Organizacja opieki lekarskiej winna być tego rodzaju, by każdego chorego w opiece rodzinnej mógł odwiedzać lekarz przynajmniaj 1 raz w okresie dwutygodniowym. W kolonjach większych lekarz powinien mieć do pomocy wykwalifikowane pielęgniarki.

Pozatem należy wymagać, aby każdy żywiciel, przyjmujący do swego domu psychicznie chorych, zaopatrzony był w książeczkę legitymacyjną, wydawaną przez zarząd kolonji, w którejby oprócz jego imienia i nazwiska uwidoczniony był opis lokalu przeznaczonego dla chorych, nazwisko lekarza, który odwiedza chorych, kolejny spis chorych, przybywających do opieki, z oznaczeniem daty przybycia i odejścia.

W książeczce tej winno być również miejsce dla adnotacji o stałych odwiedzinach lekarza opieki i jego uwag co do dostrzeżonych braków higjenicznych i opiekuńczych, aby w ten sposób władza nadzorcza każdej chwili mogła skontrolować czy i w jakiej mierze zarządzenia lekarskie są wykonywane.

Osobom, w których domach pozostaje na opiece większa liczba chorych, niż liczba dorosłych członków rodziny, i chorzy nie współżyją z żywicielami tak jak ich członkowie rodziny i nie są pod nadzorem lekarza psychjatry; osobom, które uprawiają opiekę nad psychicznie chorymi jako proceder, to znaczy, które nie mają swego zawodu podstawowego i czerpią środki swego utrzymania wyłącznie z przyjmowania chorych, jak również osobom i zrzeszeniom, które odmówią dostosowania się do niniejszych wytycznych i zaleceń — należy zabronić przyjmowania chorych, bądź zastosować względem nich wymogi, przewidziane rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych.

System opiek rodzinnych nad psychicznie chorymi winien w zasadzie przyczynić się do rozwoju opieki regjonalnej. Do opieki nie powinni być przyj-

mowani chorzy z dalszych okolic kraju, lecz jedynie chorzy pochodzący z tego województwa, na którego terenie funkcjonuje kolonja opiek rodzinnych.

Zalecenia niniejsze dotyczą przedewszystkiem opiek rozdzinnych, nie związanych z zakładem psychjatrycznym, mają one jednak analogiczne zastosowanie także do opiek rodzinnych, organizowanych przez zakłady psychjatryczne pod stałą kontrolą tych zakładów i ich lekarzy, w których chorzy częściowo korzystają z organizacji samego zakładu.

W stosunku do tych opiek typu t. zw. adneksyjnego, stanowiących pomocnicze urządzenia zakładu psychjatrycznego, zaznaczyć należy z naciskiem, że zarówno one, a tem więcej opieki rodzinne samoistne, zorganizowane w postaci kolonij, nie mogą być miejscem umieszczania osób, uznanych przez władze sądowe za niebezpieczne dla porządku prawnego (art. 79 K. k.), ani też nie mogą być miejscem dokonywania obserwacji sądowo-psychjatrycznej.

Chorzy niebezpieczni dla otoczenia, jak niemniej chorzy niebezpieczni dla porządku prawnego, nie mogą być pod żadnym pozorem trzymani w opiece rodzinnej i winni być umieszczani w zakładach, jak to zresztą wyraźnie przewiduje ustawa karna.

MINISTER
(—) Dr. S. Hubicki

Odpis

MINISTERSTWO
OPIEKI SPOŁECZNEJ

Warszawa, dnia 17 sierpnia 1934 r.

№ Zl. 31/10/14

Do Pana Wojewody
w Białymstoku
w Łodzi
w Nowogródku
w Warszawie
w Wilnie

Do wiadomości Ministerstwa doszło, że poza opieką rodzinną nad psychicznie chorymi, organizowaną czyto pod nadzorem zakładów psychjatrycznych (w typie adneksyjnym opieki), czy w postaci samodzielnego stowarzyszenia opiek rodzinnych w województwie wileńskiem, pozostającego pod fachowym kierunkiem psychjatrycznym, powstał cały szereg punktów dzikich, niepodporządkowanych tym organizacjom, w których są przyjmowani psychicznie chorzy za opłatą i które pozostają bądź wogóle bez nadzoru lekarskiego, bądź też angażują na własną rękę lekarzy wolnopraktykujących dla nadania tym przedsiębiorstwom pozoru opieki lekarskiej.

Ponieważ powstawanie takich dzikich punktów opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi może wpłynąć destrukcyjnie na pomyślnie rozwijającą się według planu sieć opiek rodzinnych, organizowanych po myśli wytycznych Ministerstwa, zawartych w piśmie okólnem do P. P. Wojewodów z dnia 25. I. 1934 r. № Zl. 31/10/10, w samem zaraniu istnienia tej nowej formy opieki nad psychicznie chorymi, Ministerstwo prosi Pana Wojewodę o wydanie energicznych zarządzeń, mających na celu niezwłoczną likwidację wszystkich tych punktów opiek rodzinnych, które idą samopas i wyłamują się z pod wytycznych zaleceń Ministerstwa.

Domy, w których są za opłatą przyjmowani psychicznie chorzy, nienależący do rodziny, winny podlegać nadzorowi niezainteresowanych z tego tytułu bezpośrednio w zyskach lekarzy zakładu psychjatrycznego lub lekarzy stowarzyszenia opiek rodzinnych. Tylko pod tym warunkiem mogą takie domy korzystać z przywileju instytucji do pewnego stopnia publicznej. O ile ten warunek nie jest zachowany, należy takie domy traktować jako przedsiębiorstwa o charakterze lecznic prywatnych i zażądać od tych przedsiębiorstw zachowania wszystkich przepisów, zawartych w art. 57—62 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 o zakładach leczniczych.

Przedsiębiorstwa opiek rodzinnych, obliczone na zysk i niepodporządkowane wytycznym organizacyjnym, zawartym w piśmie Ministerstwa z dnia 25. I. 1934, nie mogą, zdaniem Ministerstwa, korzystać z tych przywilejów, z jakich korzystają publiczne instytucje lecznicze, i winny być pociągane do uiszczania tych ciężarów podatkowych, jakim podlegają lecznice prywatne.

Ministerstwo prosi Pana Wojewodę o nadesłanie sprawozdania o wydanych zarządzeniach w terminie do dn. 1 października 1934 r.

(—) Dr. E. Piestrzyński
Podsekretarz Stanu

Odpis

MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI

Warszawa, dn. 25 czerwca 1934 r.

L. II. A. 5408/34

W sprawie umieszczania osób umysłowo chorych w zakładach leczniczych.

Do

Ministerstwa Opieki Społecznej
w miejscu.

Ministerstwo Sprawiedliwości w piśmie z dnia 16 kwietnia 1934 r. № II. A. 2869/34 do Ministerstwa Opieki Społecznej podniosło trudności, wynikające dla władz wymiaru sprawiedliwości przy wykonywaniu orzeczeń w myśl art. 79, 80 i 82 Kod. karn. umieszczenie w zakładach leczniczych osób umysłowo chorych, narkomanów i t. d., skutkiem przepełnienia publicznych zakładów dla psychicznie chorych.

Jak wynika z treści napływających dalej do Ministerstwa Sprawiedliwości sprawozdań, trudności te wzrastają i zdarzył się cały szereg przypadków, w których zakłady dla psychicznie chorych odmówiły przyjęcia osób, co do których zapadło orzeczenie sądowe o zastosowaniu środka zapobiegającego z art. 79, 80 i 82 K. k., motywując tę odmowę przepełnieniem.

Taki stan rzeczy nie jest możliwy do utrzymania. Osoby, co do których zarządzono zastosowanie środka zabezpieczającego, są niebezpieczne dla otoczenia i zagrażają bezpieczeństwu publicznemu. Pozostawienie ich na wolności jest zatem niedopuszczalne; w więzieniach trzymać ich nie można nietylko z braku podstawy prawnej, ale także dlatego, że więzienia nie są przystosowane do trzymania takich osób, których pobyt w otoczeniu więźniów grozi nieobliczalnemi wprost następstwami dla porządku więziennego i dla samych chorych.

W tym stanie rzeczy konieczne jest wydanie zarządzeń, by publiczne zakłady dla psychicznie chorych niezwłocznie załatwiały odezwy władz sądowych o przyjęcie odnośnych osób.

Niektóre zakłady, n. p. Szpital Państwowy dla Psychicznie Chorych w Tworkach, domagają się przed załatwieniem odezwy sądu dostarczenia im przez władze sądowe danych szczegółowych o stanie majątkowym osoby, która ma być przyjęta, o jej miejscu zamieszkania w ciągu ostatnich lat trzech i o jej rodzinie.

Zaznaczyć należy, że żądania takie są bezpodstawne. Sądy nie są zobowiązane badać tych wszystkich okoliczności, gdyż nie mają one nic wspólnego z treścią samego orzeczenia, a jedynie służyć mogą do ustalenia, kto ponosi obowiązek pokrywania kosztów leczenia danej osoby, te zaś ustalenia należą do zakresu działania właściwych władz administracyjnvch i samorządowych w myśl rozporządzenia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 9 września 1927 r. (Dz. U. R. P. № 99 poz. 861) w brzmieniu rozporządzenia z dnia 14 lutego 1934 r. (Dz. U. R. P. № 29 poz. 196).

Ministerstwo Sprawiedliwości ze swej strony, pragnąc ułatwić odnośnym władzom dokonanie potrzebnych im ustaleń, zarządza reskryptem z daty dzisiejszej, skierowanym do prezesów i prokuratorów sądów apelacyjnych, by władze sądowe, kierując daną osobę do szpitala, zarazem komunikowały mu

wszystkie znane sobie dane o stosunkach osobistych, majątkowych i rodzinnych tej osoby.

Odpis tego reskryptu dołącza się.

Ministerstwo Sprawiedliwości prosi o traktowanie sprawy niniejszej jako szczególnie pilnej i o powiadomienie o treści wydanych zarządzeń.

w/z MINISTER
(—) podpis nieczytelny
PODSEKRETARZ STANU

1. zał.

Odpis

MINISTERSTWO OPIEKI SPOŁECZNEJ
Departament Służby Zdrowia

Warszawa, 16 lipca 1934 r.

№ Zl. 31/18/2

W sprawie umieszczania osób umysłowo chorych w zakładach leczniczych.

Do
Ministerstwa Sprawiedliwości
w miejscu.

W odpowiedzi na pismo Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 25. VI. 34. L. II. A. 5408/34 Ministerstwo Opieki Społecznej wyjaśnia, że liczba miejsc w istniejących szpitalach psychjatrycznych w Polsce istotnie nie wystarcza dla zaspokojenia pilnych potrzeb ludności. Brak ten daje się najdotkliwiej odczuwać na obszarze b. zaboru rosyjskiego i we wschodniej Małopolsce.

Zdając sobie sprawę z wagi i nagłości sprawy, Ministerstwo Opieki Społecznej opracowało program rozbudowy sieci szpitali psychjatrycznych i dokłada starań, aby program ten mógł być wykonany w możliwie najszybszem tempie.

Program przewiduje powołanie do życia większych szpitali psychjatrycznych w każdem z województw, które dotyczas nie posiadają żadnego miejsca dla swoich psychicznie chorych.

W okresie lepszej konjunktury gospodarczej — w myśl tego programu — przystąpiono do budowy 3-ch szpitali wojewódzkich, a mianowicie: w Choroszczy, Chełmnie Lub. i Gostyninie, i wszystkie te 3 zakłady są już uruchomione. Budową tych zakładów zajmowały się związki celowe samorządów zainteresowanych województw przy pomocy finansowej Skarbu Państwa.

Całkowita realizacja programu wymaga jednak powołania do życia samorządu wojewódzkiego i stałej pomocy Skarbu Państwa, który od kilku lat wstrzymał wszelkie dotacje na ten cel.

Sprawa powołania do życia samorządu wojewódzkiego jest sprawą zasadniczą, ponieważ w myśl obowiązujących ustaw nie Państwo, lecz samorządy są obowiązywane do opiekowania się chorymi wogóle i psychicznie chorymi w szczególności. Właśnie z tytułu braku ustawowego obowiązku Państwa Ministerstwo Skarbu odmawia pomocy na budowę szpitali psychjatrycznych, a związki celowe samorządów, jako instytucje dobrowolne, nie mogą zastąpić przymusowej organizacji, jaką byłby samorząd wojewódzki. Sprawa samorządu wojewódzkiego, którego istnienie stanowi podstawowy warunek realizacji programu sieci szpitali psychjatrycznych, jest sprawą zasadniczą, na którą Ministerstwo Opieki Społecznej nie ma decydującego wpływu.

Po uruchomieniu szpitali w Choroszczy, Chełmnie i Gostyninie mamy obecnie w Polsce 14 większych szpitali psychjatrycznych, należących do związków komunalnych, a 3 szpitale państwowe o charakterze regjonalnym (Kulparków, Kobierzyn i Wilno), 4 szpitale, należące do zrzeszeń społecznych o charakterze dobroczynnym, i zaledwie 1 szpital państwowy, nie posiadający charakteru regjonalnego.

Istniejące szpitale rozmieszczone są na obszarze 11 województw; 6 województw nie posiada swoich szpitali psychjatrycznych.

Ze stanowiska zadań Ministerstwa Opieki Społecznej na czołowe miejsce programu wysuwa się sprawa pobudowania szpitali psychjatrycznych w tych 6-ciu województwach.

Wychodząc z zasady, iż opieka nad psychicznie chorymi powinna być wykonywana przez organy samorządu, Ministerstwo Opieki Społecznej sądzi, że osoby psychicznie chore, które w myśl orzeczeń władz wymiaru sprawiedliwości podlegają umieszczeniu w zakładach psychjatrycznych po myśli art. 79 K. k., powinny być kierowane do zakładów samorządowych wedle ich przynależności terytorjalnej, o której decyduje zamieszkiwanie w ciągu roku w ostatniem trzechleciu, poprzedzającem umieszczenie w szpitalu. Jedynie tylko chorzy, pochodzący z terenu 6-ciu województw, nieposiadających swoich szpitali regjonalnych, mogliby być kierowani do szpitala w Tworkach, który jest szpitalem, nie posiadającym swojego rejonu, i z tego powodu często bywa przepełniony.

Alkoholicy i narkomani, względem których zaszłaby potrzeba zastosowania art. 82 K. k., mogliby być umieszczani jedynie tylko w zakładzie państwowym w Świacku (mężczyźni) lub w Gościejewie (kobiety). Innych zakładów tego typu nie mamy.

Co do przestępców, których sąd uznał za mających ograniczoną zdolność rozumienia znaczenia czynów i kierowania postępowaniem w myśl zasad art. 18 i 80, to Ministerstwo Opieki Społecznej sądzi, że osoby, należące do tej kategorji, nie mogą być umieszczane w zwykłych zakładach leczniczych, które nie są dostosowane do wykonania zadań środka zabezpieczającego dla przestępców, mających odbywać karę po zwolnieniu z zakładu leczniczego. Opieka nad przestępcą jako takim (a właśnie nie o sprawcy czynu, ale o przestępcy mówi art. 80) należeć musi do obowiązków Ministerstwa Sprawiedliwości, które posiada dla tego celu nietylko dobrze zabezpieczone więzienia, ale także swoje szpitale psychjatryczne (w Grudziądzu, Grodzisku Mazowieckim, w Drohobyczu i Warszawie), w których przestępcy, dotknięci ograniczeniem zdolności rozumienia czynów i kierowania postępowaniem, mogliby przebywać do czasu, w którym zaczną odbywać zwykłą karę.

Ministerstwo Opieki Społecznej nie zna podstaw prawnych, z którychby wynikało, że ono właśnie jest powołane do zajęcia się realizacja środków zabezpieczających „dla przestępców", nie znajduje też podstaw dla tego, aby obciążać kosztami utrzymania przestępców, mniej wartościowych wprawdzie, ale według klasyfikacji Kodeksu karnego nieprzestających być przestępcami, gminy miejsca ich zamieszkania, jak to może być stosowane w przypadku chorób cielesnych, czy psychicznych i jak to może być zastosowane w przypadku psychicznie chorych sprawców czynów, zabronionych pod groźą kary. Obciążanie gmin kosztami utrzymania ubogich chorych jest tak wielkie, że przekracza już możności płatnicze gmin. Ten stan rzeczy doprowadził nawet do wydania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 r. (Dz. U. R. P. № 85, poz. 644), które umorzyło zaległe koszty leczenia, powstałe przed 1. IV. 1932 r., ponieważ gminy nie były w stanie wywiązać się wobec szpitali z ciążących na nich zaległości. Jest rzeczą wprost niemożliwą nakładanie na gminy nowych ciężarów, jakiemi groziłoby przetrzymywanie w zakładzie leczniczym mniej wartościowych przestępców.

Nawet w tym przypadku, gdyby koszty leczenia psychicznie mniej wartościowych przestępców, internowanych w samowystarczalnych zakładach leczniczych, czyto samorządowych czy państwowych, były pokrywane z funduszów Ministerstwa Sprawiedliwości lub w inny sposób przez Skarb Państwa, Ministerstwo Opieki Społecznej nie mogłoby się zgodzić na umieszczanie w zakładach psychjatrycznych psychicznie mniej wartościowych przestępców, gdyż to groziłoby niebezpieczeństwem dla innych chorych, korzystających z pomocy zakładów leczniczych, a przy wielkiej liczbie psychicznie mniej wartościowych przestępców zmniejszyłoby tę niewystarczającą liczbę miejsc, jakiemi rozporządzamy dla psychicznie chorych w ściślejszem znaczeniu tego wyrazu.

Przechodząc do sprawy formalności, związanych z umieszczeniem chorych w szpitalach publicznych, Ministerstwo Opieki Społecznej wyjaśnia, że wszystkie szpitale publiczne mają prawo żądać, aby przed umieszczeniem chorych zostały im dostarczone dokumenty, ustalające stan osobowy i stosunki materjalne chorego względnie osób i instytucji, na których ciąży obowiązek zapłaty kosztów leczenia.

Podstawę prawną dla tego żądania stanowi art. 34 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 r. o zakładach leczniczych, który to artykuł odnośnie do osób, odstawianych do szpitala przez urząd lub instytucję publiczną, nakłada obowiązek dostarczania dokumentów, gwarantujących zapłatę kosztów leczenia, na te urzędy lub instytucje, które odstawiają chorego do szpitala. Jedynie w tym przypadku, w którym przyjęcie do szpitala nie może doznać zwłoki, dostarczenie dokumentów, o których mowa wyżej, może nastąpić po umieszczeniu w szpitalu, nie później jednak, niż w ciągu 2-ch tygodni.

Ministerstwo Opieki Społecznej zgadza się wreszcie ze stanowiskiem, zajętem przez Ministerstwo Sprawiedliwości w reskrypcie do prokuratorów i prezesów sądów apelacyjnych z dnia 25. VI. 34 № II. A. 5408/34, i sądzi, że ustaleniem obowiązku pokrywania kosztów leczenia psychicznie chorych, internowanych przez sądy w myśl art. 79 lub 82, powinny zająć się właściwe urzędy administracji ogólnej (starostwa), ze względu na miejsce zamieszkania chorych. Do tych urzędów powinniby się zwracać P. P. Prokuratorzy w sprawie ustalenia obowiązku pokrywania kosztów leczenia przed umieszczeniem chorych w zakładzie.

Ministerstwo Opieki Społecznej sądzi, że przy zachowaniu zasady regjonalności opieki nad psychicznie chorymi i postępowaniu, zarządzonem przez Ministerstwo Sprawiedliwości w reskrypcie do prezesów i prokuratorów sądów apelacyjnych z dnia 25. VI. 34. № II. A. 5408/34, sprawa umieszczania w zakładach psychjatrycznych psychicznie chorych sprawców czynów, zabronionych pod groźbą kary myśl art. 79 K. k., nie będzie nasuwała większych trudności. Brak odpowiednich zakładów dla alkoholików i narkomanów może sprawiać trudności przy zastosowaniu art. 82, co zaś do zastosowania art. 80, to w myśl wywodów wyżej wyłożonyoh zapewnienie miejsc dla przestępców, o których mowa w art. 80, powinno należeć do Ministerstwa Sprawiedliwości.

Zastępca Dyrektora Departamentu:
(—) Dr. B. Ostromęcki

REFERATY.

PATOLOGJA.

ANATOMJA PATOLOGICZNA WODOWSTRĘTU CZŁOWIEKA. — Z. Messing. — Polska. — (Zgłoszono na XIV Zjazd Psychjatrów Polskich w Krakowie).

Zbadano 2 przypadki o b. burzliwym przebiegu z 2-miesięcznym okresem wylęgania jeden zupełnie nieuleczony, drugi w trakcie leczenia.

Wyrazem anatomicznym sprawy zapalnej są nacieki, żywy odczyn gleju i zmiany wsteczne komórek zwojowych. Nacieki zapalne składają się wyłącznie z limfocytów. Niema takiego uderzającego podobieństwa z nagminnem zapaleniem mózgu jak twierdzą badacze niemieccy. Niektóre grudki Babesa są utkane ze spongioblastów. Bujający oligodendroglej bardzo przypomina komórki nabłonkowate. W przypadkach o zaczętej kuracji były objawy wybitnego obrzęku mózgu. Autoreferat.

UKŁAD SIATECZKOWO-ŚRÓDBŁONKOWY W CIERPIENIACH PSYCHICZNYCH. (Il sistema reticulo-endoteliale nelle malattie mentali). — D. Angrisani. — Włochy. — (L'Ospedale Psichiatrico Fasc. II, 1934 r.).

Przegląd zbiorowy literatury, dotyczącej histologji ogólnej układu siateczkowo-śródbłonkowego, jego fizjologji i fizjo-patologji. Układ ten nabiera coraz większego znaczenia, tak, że Schittenhelm mówi nawet o klinice układu siateczkowo-śródbłonkowego. Niema jeszcze dzisiaj zgody między autorami, jakie dokładnie cierpienia można odnieść do schorzenia tego układu. Pianese podnosi tutaj ważną rolę układu w ujmowaniu konstytucji, w genezie niektórych schorzeń konstytucyjnych. Jeśli chodzi o rolę układu siateczkowo-śródbłonkowego w cierpieniach psychicznych, to systematyczne badania w tym kierunku zapoczątkował Meyer w 1931 r. Badania, które polegały na injekcji dożylnej czerwieni kongo, zdążały do wykazania w jakim stopniu w poszczególnych cierpieniach psychicznych jest ten układ zablokowany. Najciekawsze wyniki uzyskano w odniesieniu do schizofrenji, gdzie t. zw. „wskaźnik czerwieni kongo" był w mniejszym czy większym stopniu zwiększony zależnie od stopnia nasilenia i trwania cierpienia. Zdaniem większości autorów, zajmujących się odnośną kwestją, badania te przyczynią się walnie do wyświetlenia niejasnych dotychczas stron w ejologji i patogenezie tego cierpienia.

Autor stoi na stanowisku, że na drodze badań czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego można będzie również bliżej wyjaśnić udział gruczołów dokrewnych, jeśli chodzi zwłaszcza o powstawanie schizofrenji.

S. Hrynkiewicz.

REAKCJA OPON MÓZGOWYCH W CHOROBACH ZAKAŹNYCH. (Reazioni meningee nelle malattie infettive). — V. M. Buscaino. — Włochy. (Odbitka z Rassegna Clinico Scientifica № 3. 1933 r.).

Autor stwierdza wymienione niżej zmiany zapalne opon mózgowych przy odnośnych chorobach:

1) Septyczne zapalenie ropne, szczególnie przy grypie, zapaleniu ucha, paratyfusie, kokluszu, odrze, płonicy, durze.

2) Odczyn zapalny ropny — przy anginie, grypie, malarji, zapaleniu płuc, żółtaczce krwotocznej, czasem i po injekcji podskórnej szczepionki przeciwdurowej i przeciwmeningokokowej.

3) Zapalne nacieki limfatyczne w oponach przy zapaleniu osierdzia, róży, opryszczu, przy herpes zoster, gorączce maltańskiej, paratyfusie, śwince, ostrym stawowym reumatyźmie, odrze, płonicy, żółtaczce krwotocznej, durze, gruźlicy oraz kile.

4) Grupa surowiczych zapaleń opon mózgowych przy gruźlicy, szczególnie zaś przy zapaleniu płuc i durze.

5) Syndrom zapalenia opon, spowodowany wysokiem ciśnieniem płynu mózgowordzeniowego.

K. Wize.

BADANIA CHEMICZNE, SEROLOGICZNE I BIO-CHEMICZNE W PŁYNIE M.-RDZ. PRZY PORAŻENIU POSTĘPUJĄCEM PRZED I PO LECZENIU MALARJĄ. (Ricerche chimiche, sierologiche e biochimiche nel liquor di paralitici progressivi prima e dopo la malaraioterapia). — C. Roncati. — Włochy. — (L'Ospedale Psichiatrico. Fasc. II, 1934 r.).

Jeśli chodzi o praktyczną stronę przy stawianiu rokowania co do dalszego przebiegu cierpienia w schorzeniach kiłowych po leczeniu malarją, to nie możemy się opierać na zachowaniu się odczynu WR i krzywych koloidowych, ponieważ ulegają one nieznacznym tylko wahaniom. Odczyny białkowe i globulinowe są bardziej wrażliwe ale również nie mogą służyć punktem wyjścia do oceny wpływu leczenia na dalszy rozwój procesu chorobowego. Najbardziej pewnym wskaźnikiem, zdaniem autora, będzie tutaj zachowanie się cholesteryny. Zwiększenie się jej zawartości, w porównaniu z okresem przed leczeniem, wskazuje na dalsze trwanie czynnego procesu, aczkolwiek inne odczyny mogłyby przemawiać za tem, że się sprawa zatrzymała. Natomiast zmniejszenie się ilości cholesteryny każe się spodziewać wyleczenia wzgl. remisji.

S. Hrynkiewicz.

ODCZYN TACCONE'Y W PŁYNIE MÓZGOWO-RDZENIOWYM PSYCHICZNIE CHORYCH. (La reazione di Taccone nel liquido cephalo-rachidiano di ammalati di mente). — A. de Marco. — Włochy. — (L'Ospedale Psichiatrico Fasc. II, 1934 r.).

Odczynnik do reakcji Taccone'y przygotowuje się w sposób następujący: roztwór dwuchromianu potasu 5%, zrobiony na ciepło w wodzie destylowanej, po ochłodzeniu przesączyć. Do przesączu dodaje się tyle kropli kw. trójchlorooctowego $33^1/_3$%, ile jest cm^3 przesączu. Odczynnik może być przechowywany przez lata.

Wykonanie odczynu: do probówki o średnicy 1 cm wlewa się 3 cm^3 odczynnika. Dodaje się następnie po ściance probówki $^1/_2$—1 cm^3 płynu m.-rdz. Nie wstrząsając postawić probówkę do statywu.

Na granicy obu płynów powstanie pierścień biało-żółtawy. W płynach z odczynem ujemnym ten pierścień po upływie 4—5 godz. znika, co najwyżej opadną na dno strąty oraz wystąpi żółtawe zabarwienie całego płynu.

W wypadku dodatniego odczynu możemy obserwować co następuje:

I. Pierścień pierwotny będzie bardziej zbity, gęstszy. Po dwuch godzinach na granicy obu płynów zjawi się delikatny pierścień, który szybko przybiera charakter delikatnej siateczki. Siatka ta początkowo ułożona równolegle do poziomu, później opada na dno. Takie zachowanie się odczynu odpowiada reakcji dodatniej umiarkowanej +.

II. Utkanie siatki przylega do ścianek probówki; występuje ono już w pierwszych godzinach. W ciągu trzech godzin powstanie masa podziurkowana, luźno wisząca + odczyn encefalityczny.

III. Pierścień gęsty, zbity, nie dziurkowany, trwały ++ odczyn oponowy.

IV. Bryłki, kłaczki gęste serowate, niekiedy galaretowate +++ odczyn oponowy silny.

V. Bryłki gęste, postrzępione, zawieszone w warstwie dwuchromianu ++++ odczyn oponowo-encefalityczny.

Poza odczynem Taccone'y autor wykonywał zwykłe odczyny, stosowane w płynie m.-rdz. Nacisk duży kładzie na oznaczanie współczynnika białkowego (stosunek globulinów do albuminów). Współczynnik ten oznaczał metodą Gorla. Zaletą tej metody jest prostota wykonania, zużywanie małej ilości płynu. Za minus należy tutaj uważać, że się otrzymuje wartości wzgl. przy oznaczaniu.

Technika metody jest następująca: do I. probówki z czystego obojętnego szkła bierze się 0,5 cm^3 płynu i 0,5 cm^3 soli fizjologicznej wzgl. wody destylowanej. Po dokładnem wymieszaniu zawartości przenosi się 0,5 cm^3 do II. probówki i tak aż do VIII., przyczem uprzednio do każdej probówki należało dodać po 0,5 cm^3 soli fizjologicznej wzgl. wody destylowanej. W ten sposób uzyskuje się rozcieńczenia od $^1/_2$ do $^1/_{256}$. Z ostatniej probówki, po wymieszaniu płynów, 0,5 cm mieszaniny wylewa się. Teraz do każdej probówki dodaje się po 0,5 cm^3 nasyconego roztworu siarczanu amonu. Jako kontroli używa się probówki, gdzie zmieszało się 0,5 cm nasyconego roztworu siarczanu amonu i 0,5 cm wody wzgl. soli fizjologicznej.

Odczytuje się na ciemnem tle przez porównanie każdej probówki z probówką kontrolną. Ostatnia probówka, znaczy wielkość jej rozcieńczenia, gdzie się jeszcze stwierdza opalescencję, daje pierwszą cyfrę w stosunku — globuliny : albuminy.

Po 10 minutach przystępuje się do oznaczenia zawartości albumin. Zaczynając od probówki, gdzie niema już opalescencji, dodaje się do każdej następnej po 4 krople kw. trójchlorooctowego $33^1/_2\%$. Gotuje się następnie wszystkie probówki w ciągu 10 minut w kąpieli wodnej. Już na zimno występuje w nich zmętnienie, nasilające się po zagotowaniu. W sposób analogiczny jak poprzednio odczytuje się, w której probówce będzie jeszcze widoczna opalescencja. Do kontroli używa się probówki z mieszaniną w równych ilościach wody destylowanej z solą fizjologiczną. W ten sposób uzyskuje się drugą cyfrę dla współczynnika białkowego.

W dłuższych wywodach autor podaje poglądy poszczególnych badaczy na istotę i mechanizm odczynu Taccone'y, jak również wyniki przez nich uzyskane. Wreszcie omawia własne wyniki uzyskane w 150 przypadkach róż-

norodnych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego. W świetle tych wyników dochodzi do następujących wniosków:

1. Odczyn Taccone'y jest bardzo czuły, wykazuje minimalne zmiany w płynie m.-rdz. Ujemna strona odczynu polega na tem, że odczytywanie odbywa się dopiero po trzech godzinach.

2. Rzadko się zdarza, że O. T. bywa ujemny, podczas gdy wszystkie inne odczyny wypadają dodatnio. Natomiast częściej się zdarza, że wypada on tam dodatnio gdzie wszystkie inne zawodzą. Zwłaszcza ma to miejsce w schizofrenji i w pewnych postaciach sclerosis multiplex.

3. Na korzyść tego odczynu należy policzyć, że jest on prosty w wykonaniu i że odczynnik jest niezmiernie trwały.

4. Jeśli chodzi o mechanizm odczynu, to poza rolą białka wchodziłyby tutaj w grę zaburzenia równowagi elektrolitycznej i inne właściwości warunków biochemicznych w płyniu m.-rdz., zależnych być może od wpływu gruczołów dokrewnych.

S. Hrynkiewicz.

O WARTOŚCI PRAKTYCZNEJ ODCZYNU BOLTZA W PŁYNIE M.-RDZ. (Sulla utilità pratica della reazione di Boltz (all'nidride acetica) nel liquido cefalo-rachidiano). — E. Zara. — Włochy. — (L'Ospedale Psichiatrico Fasc. II, 1934 r.).

Odczyn ten należy do jednej z prób stosowanych w płynie m.-rdzen. celem wykazania białka. Technika jego jest następująca: do 1 cm^3 płynu dodaje się powoli 0,3 cm^3 kw. octowego lodowatego, potem zawartość należy silnie wstrząsać i dodać kroplami 0,8 cm^3 stężonego H_2SO_4, następnie ponownie silnie wstrząsać. Obecność intensywnego fjołkowego zabarwienia mówi o pozytywnej reakcji.

Twórca tej metody sam zaznaczał, że istota odczynu nie zależy ani od globulinów, ani od cholestearyny, nie daje tego odczynu ani sam kw. octowy ani też sam kw. siarkowy. Jednakże większość autorów podnosi, że zachowanie się jego wykazuje równoległość względem obecności globulin. Nie należy wykonywać tego odczynu w płynach z przypadkową domieszką krwi, ponieważ wyniki wówczas są zawodne i niepewne.

Zalety odczynu: szybkie i proste wykonanie, odczyn ten daje wgląd w procesy patologiczne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego i jeśli nie jest on specyficzny dla kiły, jak tego chcą liczni autorowie, to w każdym bądź razie wskazuje on na proces rozpadowy tkanki nerwowej.

S. Hrynkiewicz.

NAGMINNE ZAPALENIE MÓZGU A PADACZKA. (Encephalite epidemica chronica e epilepsia). — Giulio Agostini. — Włochy. — (Rivista di Patologia nervosa e mentale, Fasc. 1, 1934 r.).

Autor na podstawie 3 zbadanych przez siebie przypadków przyjmuje, że wobec rozległych zmian zapalnych na tle przewlekłego zapalenia mózgu wystąpić może typowa epilepsja. Byłaby to więc epilepsja poencefalityczna.

G. Szwarcenberg.

LOKALIZACJA MÓZGOWA EPILEPTYCZNYCH OBJAWÓW. (Cerebral localization of epileptic manifestations.) — Wilder Penfield and Lyle Gage. — U. S. A. — (Arch. of. N. a Ps. Vol. 30. № 4., 1933 r.)

Praca anatomo-patologiczna, kliniczna oraz eksperymentalna oparta, na 75 przypadkach padaczki ogniskowej.

Ogniskowe zmiany wywołują również zmiany w istocie szarej części mózgu, sąsiadującej z ogniskiem.

Także rozkładowywanie energji w postaci napadu umiejscawia się nietylko i niezawsze w miejscu ogniska, lecz również w miejscach, sąsiadujących z niemi.

Drgawki są wyrazem zewnętrznego wyładowania w wypadkach, gdy wyładowaniem dotknięta jest motoryczna sfera mózgu.

Do napadów padaczkowych należą:

a) drgawki kloniczne i toniczne,

b) parestezje,

c) omamy wzroku, słuchu, powonienia i smaku,

d) zaburzenia świadomości,

e) sensacje trzewne.

Uzupełniając badania anatomiczne spostrzeżeniami i doświadczeniami dokonanemi przez podrażnianie różnych okolic mózgu prądem faradycznym, ustalili autorzy:

Najbardziej charakterystycznem dla jednostronnego podrażnienia jest odchylenie (dewiacja) głowy i oczu w stronę przeciwną ognisku.

Przy ognisku, znajdującem się w płacie czołowym mózgu, napady występują bez aury. Dewiacja, połączona z aurą, wskazuje na ognisko, znajdujące się poza rowkiem środkowym albo pod zatoką Sylwjusza. Towarzyszy temu wczesna utrata świadomości i generalizacja napadu.

W zakręcie środkowym przednim, lokalizujemy czysty typ drgawek klonicznych. Świadomość zanika później.

Zakręt środkowy tylny — napady sensoryczne, znieczulenie, zaniemówienia, uczucia gorąca.

Wzgórki wzrokowe — skargi na bóle w postaci ogólnych sensacyj, niekiedy parestezje. Zawsze po napadzie mamy tu znieczulenia połowicze.

Przy ogniskach, umiejscowionych w płatach potylicznych mózgu, mamy aury wzrokowe w kontralateralnem polu widzenia. O ile aura jest zabarwiona, to — barwę czerwoną, niekiedy z niebieską obwódką. Po napadzie stwierdzamy przemijającą ślepotę w tem polu widzenia. Objawy wzrokowe mają występować również niekiedy przy ogniskach w zakręcie nadbrzeżnym.

Przy ognisku, położonym w płacie ciemieniowym, występuje charakterystyczna aura w postaci szumu w uszach i zawrotów głowy. O. B.

PRÓBA FÖRSTERA PRZY ROZPOZNAWANIU PADACZKI. (La prova del Förster nelle diagnosi di epilepsia). — S. Di. M a u r o. — Włochy. — (L'Ospedale Psichiatrico. Fasc. III, 1934 r.).

Nie zawsze jest łatwe różniczkowanie między napadem histerycznym i padaczkowym. Próba F ö r s t e r a daje możność tego różniczkowania. Jest to zabieg prosty, łatwy, szybki w wykonaniu, posiada swoją wartość w około 55% przypadków. Jeśli chodzi o technikę, to F ö r s t e r żądał głębokiego oddychania do 1/2 a nawet 1 godz. Praktycznie biorąc wystarcza 15 minut. Próbę najlepiej przeprowadzać w pozycji siedzącej, przyczem ubranie musi być rozpięte, a zwłaszcza kołnierzyk. Cały tułów musi być nieco pochylony do przodu, ręce oparte na stole wzgl. ułożone na poręczy krzesła.

W dalszym ciągu autor omawia patogenezę napadów drgawkowych, występujących przy tej próbie, przytacza własne obserwacje i podkreśla znaczenie tej próby dla medycyny sądowej.

S. Hrynkiewicz.

KIŁA MÓZGOWA Z OBJAWAMI HIPOCHONDRJi. (Syphilis cérébrale á forme hypochondrique). — Urechia. — Francja. — (Annales médico — psychologiques T. I. N. 1, 1934 r.).

Postać hipochondryczna porażenia postępującego znana jest dobrze i opisana w literaturze szczegółowo. Dwa przypadki, przedstawione przez autora, zasługują jednak na omówienie.

Pierwszy z nich przedstawia się pod względem anatomo-patologicznym jako kiła małych naczyń Nissla i Alzheimera.

Pacjent, w wieku 48 lat, zaraził się kiłą, mając lat 25. Od 3 lat zapadł na zaburzenia psychiczne hipochondrycznej natury, które doprowadziły go przed rokiem do próby odebrania sobie życia. Ambiwalencja uczuciowa, skargi na na różne dolegliwości, przy zachowaniu nastroju zupełnej obojętności. Chory jest zrezygnowany, odosabnia się, nie objawiając żadnych życzeń. Płyn m. rdz., poza lekką albuminozą, nie dał w ostatnich latach wyraźnej reakcji pozytywnej. Badanie mikroskopowe wykazało kiłę małych naczyń.

Drugi pacjent, w wieku 52 lat, uległ infekcji kiłowej w roku 1915. Od kilku lat cierpi na nadkwasotę żołądka. Rozwinęła się u niego psychoza hipochondryczna ze skargami na niedomagania przewodu pokarmowego i serca. Po leczeniu malarją, drożdżami piwnemi, salwarsanem i bismutem urojenia hipochondryczne ustąpiły; pozostała lekka apatja. Chory nie potyka się na zgłoskach, nie ujawnia urojeń wielkościowych, nie objawia demencji.

K. Wize.

ZAWARTOŚĆ BROMU WE KRWI W PSYCHOZACH. (Brom im Blute bei Psychosen) — H. Zondek i A. Bier. — Niemcy. — (Klin. Wochenschr. № 1, 1933 r., Uzupełnienie do pracy z 1932 r.).

W pierwszej swej pracy autorzy byli zdania, że obniżenie zawartości bromu we krwi jest zjawiskiem specyficznem dla psychoz manjakalno-depresyjnych. Znaleźli jednak to samo zjawisko i w niektórych przypadkach schizofrenji o zabarwieniu depresyjnem. Z tego powodu wnioskowali nawet, że pewną grupę przypadków, należących zasadniczo do grupy schizofrenicznej, trzeba będzie w przyszłości przydzielić do grupy psychoz cyklicznych. Zdawało im się również, że obniżenie zawartości bromu we krwi spotyka się zasadniczo tylko w psychozach endogenicznych.

Obecnie, opierając się na materjale z przeszło 2000 analiz, doszli autorzy do następujących wniosków:

1) obniżenie zawartości bromu we krwi stwierdza się w 85—90% wszystkich psychoz manjakalno-depresyjnych,

2) dolna granica normalnej zawartości bromu we krwi leży około 0,73 mg. %.

3) obniżenie zawartości bromu we krwi stwierdza się również u 30% schizofreników.

Poza tem autorzy znaleźli wśród 30 chorych z organicznemi objawami mózgowemi u 3 obniżenie zawartości bromu we krwi; w jednym z tych przypadków obok zmniejszonej zawartości bromu we krwi napotykali zwiększoną zawartość bromu w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Z powyższego autorzy snują dalekoidące hipotezy co do istnienia i umiejscowienia pewnego ośrodka, regulującego gospodarkę bromową w organiźmie. Przypuszczają, że w przyszłości można będzie materjalnie pochwycić pewne wahania na podstawie indykatora wskazującego każdorazowo zachodzące zmiany w gospodarce bromowej.

Ludwik Bambauer.

ZAWARTOŚĆ BROMU W KRWI PRZY PSYCHOZACH MANJAKALNO-DEPRESYJNYCH. (Über den Bromspiegiel des Blutes bei manisch-depressivem Irresein). — J. M. Sacristán i M. Peraita. — Hiszpanja. — (K. Wochenschrift № 2, 1933 r.)

Badania dokonano dotąd na 13 przypadkach zachorzenia, zarówno w fazie manjak. jak i depresywnej.

Do badania brano przypadki z niewątpliwem rozpoznaniem. Dla kontroli badano krew na zawartość bromu u chorych na otępienie starcze, padaczkę, schizofrenję, stany po nagm. zap. mózgu.

Brom oznaczono metodą Zondeka i Biera. Jeśli — według autorów metody — zawartość normalną oznaczano 800—1000 γ %. to w 10 przypadkach manjakalno-depresyjnej psychozy stwierdzało się regularne i znaczne obniżenie tej zawartości.

Mianowicie przypadki, podane kolejno od 1 do 13, zawierały: 435 γ%, 661 γ%, 380 γ%, 161 γ %, 368 γ%, 188 γ%, 400 γ%, 532 γ%, 991 γ%, 687 γ%, 410 γ% 358 γ%, 272 γ%. Nadto zawartość bromu zwiększała się, zbliżając się do nor-, my, w miarę klinicznej poprawy. W przypadkach kontrolnych zawartość wahała się w granicach normy.

Autorzy ograniczają się do stwierdzenia empirycznego faktu, wstrzymując się narazie przed wyciąganiem stąd teoretycznych wniosków.

O. B.

WEWNĄTRZ POCHODNE KOMPONENTY W OTĘPIENIU WCZESNEM. DANE ANATOMOPATOLOGICZNE. (Componenti enterogene della demenza precoce. Dati anatomo-patologici). — V. M. Buscaino. — Włochy. — (Rivista di Patologia nervosa e mentale. Fasc. III, 1934 r.).

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń okazuje się, że u chorych na dementia praecox występuje 83% zapaleń jelit cienkich, 50% nieżytu żołądka i 42% zapaleń jelit grubych.

K. Wize.

KATATONJA EKSPERYMENTALNA WYWOŁANA BULBOCAPNINĄ I INNE KATATONJE EKSPERYMENTALNE, TOKSYCZNE I TOKSYCZNO-INFEKCYJNE. (La catatonie expérimentale par la bulbocapnine et les autres catatonies experimentales toxiques et toxi-infectieuses). — H. Baruk. — Francja. — (L'Encèphale. № 9, 1933 r.).

Po przytoczeniu historycznego zarysu badań nad wywoływaniem katatonji eksperymentalnej, których to badań zainicjowanie przypisuje autor sobie oraz de Jongowi, podaje obecny stan wiedzy dotyczącej tego zagadnienia.

Szkoła Buscaino robiła doświadczenia z środkami nasennemi, przyjmując, że katatonja powstaje pod wpływem zatrucia toksynami aminowego pochodzenia. Takim środkiem jest mescalina, która wywołuje obok objawów katatonicznych zaburzenia wegetatywne oraz omamy. To też Jong nazywał mescalinę „pryncypjalną triadą“ otępienia wczesnego (omamy, zaburzenia wegetatywne, zahamowanie ruchowe pozapiramidowego pochodzenia). Dalej —

acetylcholina i adrenalina w dawkach dużych wywoływały również objawy katatoniczne. Objawy te nazywano „katatonją hormonalną". CO_2 oraz N powodowały „asfiksję katatoniczną". Autor znalazł w moczu człowieka produkt, który mógł wywoływać stany katatonoidne, oraz stwierdził zmniejszenie zawartości tego produktu w moczu chorych na dem. praecox. Autor utrzymuje, że katatonja jest reakcją u. n. na bardzo różnorodne czynniki szkodliwe.

Zastrzykiwano zwierzętom płyn mózgowo-rdz. chorych na dem. praecox i jednocześnie na gruźlicę. Otrzymywano objawy katatoniczne, padaczkowe oraz porażenia. Najprawdopodobniej były to obawy gruźliczego zapalenia opon. Również b. colli i tyfusu może wywołać katatonję. Szkoła Buscaino robi doświadczenia z toksynami, znajdującemi się w przewodzie pokarmowym człowieka (indol i scatol). Największe znaczenie przypisuje autor roli b. colli.

O. B.

KATATONJA EKSPERYMENTALNA U CZŁOWIEKA. (Catatonia sperimentale nell'uomo.) V. M. Buscaino. — Włochy. — (Riv. sperim. freniatr. № 2. 1933 r.)

Stany katatoniczne wywołuje się przez podawanie doustnie, podskórnie i dożylnie bulbocapniny (alkaloid chemicznie należący do grupy etylaminowej).

Wyniki były tego rodzaju, że w 55,3% schizofrenji i 62% oligofrenji po podaniu bulbocapniny otrzymywano obraz katatonji. W innych psychozach katotoniczne objawy występowały zaledwo w 16,6%.

U człowieka psychicznie zdrowego przy wprowadzeniu dożylnie 0,1 bulbocapniny występuje początkowo senność, bicie serca, a po 10—15 m. badany wpada w stan kataleptyczny, trwający 45—15 min.

Podobne objawy udaje się niekiedy wywołać również innemi amino-derywatami np. somnifenem (Roche) w dawkach 10,0, a nawet niekiedy 5—7,0.

Jednocześnie z objawami psychoneurologicznemi obserwołał autor również zmiany w krwi: zmniejszanie zawartości wapnia, chloru i fosforu oraz zmniejszenie chlorków w moczu. Fakty te wszystkie łączy wspólnie jako skutek stanu katatonicznego, wywołanego bulbocapniną.

Autor jest daleki od koncepcji przyjęcia bulbocapniny za czynnik etjologiczny zachorzenia katatonicznego i jedynie wnosi o toksycznem pochodzeniu katatonji.

O. B.

WSPÓŁZALEŻNOŚĆ ŻYCIA PSYCHICZNEGO I WEGETATYWNEGO. NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY A ZESPOŁY PSYCHOTYCZNE. (Interrelazioni psico-splancniche. Insufficienza epatica e sindromi mentali). — P. Salvi. — Włochy. — (L'Ospedale Psichiatrico Fasc. I, 1934 r.).

Istnieje wzajemne oddziaływanie mózgu i narządów wewnętrznych. Wątroba należy do jednego z tych narządów, który wzbudzał zainteresowanie również z punktu widzenia procesów psychicznych jak i z punktu widzenia zaburzeń neurologicznych. W wątrobie bowiem realizuje się stałość stosunków chemicznych organizmu. Wątroba oddziaływuje na centralny układ nerwowy bezpośrednio jak i pośrednio w pierwszej linji na drodze gruczołów dokrewnych. Autor daje przegląd piśmiennictwa, dotyczącego kliniki zaburzeń psychicznych i neurologicznych w zależności od schorzeń wątroby.

S. Hrynkiewicz.

O KORELACJI SUTKOWO—TARCZYCOWEJ. — Władysław Sterling. — Polska. — (Gynekomastja jako objaw choroby Bazedowa. Medycyna № 21, 1934 r.).

Autor cytuje swoje spostrzeżenia z 4 przypadków choroby Bazedowa u mężczyzn z towarzyszącym jej przerostem gruczołu sutkowego. Zdaniem autora korelacja sutkowo-płciowa nie wyczerpuje roli, jaką odgrywają gruczoły sutkowe w układzie hormonotwórczym. Oprócz korelacji tej istnieje bardziej rzadka, ale niemniej wyraźna korelacja sutkowo-tarczycowa. Osobliwością korelacji tej jest to, że spotyka się ją nietylko u kobiet, ale i u mężczyzn.

Otóż, jeżeli chodzi o kobiety, to badania lat ostatnich zwróciły specjalną uwagę na zachowanie się tarczycy podczas gestacji. W całym szeregu obserwacyj stwierdzone zostało powiększenie tarczycy w tym okresie. Niepodobna określić dokładnie częstości tego zjawiska, ponieważ niektóre statystyki pochodzą z miejscowości nawiedzonych przez wole endemiczne. W każdym razie powiększenie tarczycy jest częste w okresie, począwszy od pierwszego tygodnia, gestacji, zwiększa się jeszcze podczas porodu, a następnie ulega zmniejszeniu.

Nie znamy dotąd należycie pośredniego ogniska, które stanowi podstawę ich korelacji, tak, jak nie wiemy również, czy korelacja ta jest bezpośrednią, czy też regulowana jest za pośrednictwem innych czynników hormonalno-wegetatywnych.

O. B.

DYSTROFIA ADIPOSO-GENITALIS Z PSYCHOZĄ PARANOIDALNĄ. (Distrofia adiposo-genitale con psicosi paranoide). — T. Senise. — Włochy. (Il Cervello, №1, 1934 r.).

Przysadka mózgowa podobnie jak inne gruczoły wydzielania wewnętrznego wpływa na funkcje czysto nerwowe a także psychiczne.

Jednem ze schorzeń przysadkowych, którego wpływ na czynności psychiczne zauważono niedawno, jest dystrofia adip.-genit.

Schorzenie to prócz banalnych zaburzeń psychicznych daje często prawdziwe choroby umysłowe a przedewszystkiem schizofrenję.

Senise opisuje taki przypadek:

U niego mężczyzna 63-letni przedstawia obraz otyłości typu kobiecego i zanik narządów rodnych. Prócz tego stwierdza się wyraźne objawy psychozy paranoidalnej z kompleksem idei bredzeniowych o charakterze prześladowczym. Z dokładnej anamnezy wynika, że dystr. adip. — genit. rozwinęła się u tego osobnika już w okresie bardzo wczesnego dzieciństwa. Wybuch zaś psychozy nastąpił o całe lata później. Mimo jednak tak znacznej odległości zaburzeń psychicznych od schorzenia somatycznego, związek pomiędzy niemi należy uważać za ścisły, gdyż jak to wynika z badań innych autorów, wpływ dystr. adip.-genit. na czynności psychiczne polega na długotrwałem zatruwaniu centrów korłykalnych z powodu zaniku działania antytoksycznego przedniego płata przysadki mózgowej. Podobnie i tym przypadku zaburzenia przysadkowe powodujące dystr. adip.-genit. wpłynęły drogą pośrednią na wybuch psychozy paranoidalnej.

Stefan Hoszowski.

AUTONOMJA NARZĄDÓW. (Die Autonomie der Organe). — W. Stekel. — Austrja. — (Psychoterapeutische Praxis Band I. № 1, 1934 r.).

Schorzenia psychiczne (nerwicowe) dają się sprowadzić do wewnętrznego konfliktu. Wyraz cielesny tego konfliktu, wewnętrznego skłócenia, określa

się mianem „konwersji" lub „somatyzacji". Somatyzacja jest nietylko symbolicznym wyrazem psychicznego konfliktu, lecz wyraża także protest części psychiki przeciwko dążeniom innej jej części np. protest moralnych tendencji „Ja" kulturalnego przeciwko impulsom „Ja" popędowego.

Somatyzacja, symboliczna narządowa mowa psychiki, dotyka, wyraża się w narządach mniej wartościowych, konstytucyjnie słabszych, najczęściej erogenizowanych. Narządy służące wewnętrznym tendencjom pewnej części psychiki stają się autonomicznemi, wyłamują się z podległości organów będącej cechą jednolitej harmonijnej osobowości.

Autonomja narządów wyraża się w skurczach i porażeniach (np. narządów krwionośnych: w pobudzeniach i porażeniach serca, zaczerwienieniu się i błednięciu, i t. d.). Najwyraźniej występuje autonomja narządów w konfliktach życia płciowego jako niemoc płciowa mężczyzn, oziębłość płciowa, pochwica kobiet.

Parapatja (nazwą tą określa Stekel wszelkie nerwice i t. p. zaburzenia) przedstawia rozbicie osobowości na jej psychiczne atomy i wyposaża poszczególne narządy autonomiczną władzą.

Leczenie psychoanalityczne ma za zadanie odcyfrowanie symbolicznej mowy narządów, zrozumienie konfliktu wewnętrznego osobnika i usunięcie obstrukcji narządów przez odbudowę jednolitości i harmonji psychiki. Praca ilustrowana jest szeregiem opisów przypadków chorobowych.

K. Golonka.

O PSYCHOPOCHODNYCH ZMIANACH SKÓRY. (Uber psychogene Hautveränderungen). — O. Bunnemann. — Niemcy. — (Psychoterapeutische Praxis. B. I. H. I. 1934r .).

Autor usuwał przy pomocy hypnozy objawy chorobowe w pokrzywce, pryszczycy, łuszczycy i t. d. i wywoływał je później z powrotem. Uważa, że często objawy skórne są zewnętrznym wyrazem gniewu, wstrętu, lęku, przygnębienia i t. d. Lekarz winien pamiętać, że w wypadkach schorzeń skóry, gdy niedziałają chemiczne i fizykalne środki, należy myśleć o ich psychicznej etjologji i terapji.

K. Golonka.

PRZYCZYNEK DO ZAGADNIENIA NIEMOCY PŁCIOWEJ. (Zur Impotenzfrage). — P. Bjerre — Szwecja. — (Psychoterapeutische Praxis. B. I. H. 2. 1934 r.).

Na przypadku mężczyzny cierpiącego na niemoc płciową Bjerre przedstawia i analizuje jej przyczyny: 1) urazowe przeżycie w czasie rozwoju i wynikające stąd fałszywe nastawienie, 2) suggestywne lub autosuggestywne wykształcenie objawów, 3) niejasna lub nieświadoma funkcja choroby.

K. Golonka.

UCZUCIE OBCOŚCI U HIPOCHONDRYKÓW. (Il sentimento di distacco negli ipocondriaci). — A. Rovasio. — Włochy. — (Rassegna di studi psichiatrici. Fasc. II, 1934 r.).

Autor omawia patogenezę zespołów hipochondrycznych. Jednym z objawów hipochondrji bywa dziwne uczucie, jakoby poszczególne narządy lub organa ciała uległy wyodrębnieniu, oddzielaniu się od reszty ustroju, jakgdyby były choremu obce. Zachodzi tu również zaburzenie w orjentacji co do położenia w przestrzeni poszczególnych części ciała.

G. Szwarcenberg.

O PEWNEM ZABURZENIU SNU. ZMORA. (Sur un trouble particulier du sommeil. Le Cauchemar). — D. K o u r é t a s et. Ph. S c o u r a s. — Francja. — (L'Encéphale № 7, 1932 r.).

Dla bliższego zapoznania się z zagadnieniem, czem jest zmora i jak się objawia, podają autorzy spostrzeżenia, oparte na typowym przypadku.

Chodzi o staruszkę o konstytucji paranoidalnej. Pamięta, że mając cztery lata, cierpiała na mimowolne moczenie nocne, przykre sny oraz na przejściowe napady migreny. Charakteru jest łagodnego. Wzruszenia głębsze łączą się u niej z biciem serca, zwolnieniem tętna, z pustką w głowie, trudnościami kojarzenia idei, z atonją ruchową w dolnych kończynach, wywołującą uczucie, że ma nogi połamane.

Chora cierpi na spazmy, nagłe zawroty głowy, ślinienie, nudności, gdy jest naczczo.

Za każdym razem, gdy ma ją nawiedzić zmora, spostrzega, że zasypianie następuje błyskawicznie i że przejście od jawy do snu jest szczególnie krótkotrwałe. Najprzykrzejszą w czasie zmory jest niemożność wykonania jakiegokolwiek ruchu. Wizje sennomarzeniowe chorej: kot straszliwy kładzie jej się na piersi, tonie w morzu, albo strzelają do niej, rozbijają głowę, wali się na nią sufit i t. d. Lecz jakakolwiek bywa treść snu, zawsze chora odbiera wrażenie, że jest unieruchomiona zapomocą jakiejś siły.

Będąc dzieckiem, bała się zmory, gdyż wierzyła w prawdziwość treści tych sennych marzeń. Później zobojętniała na to. Niemniej przy każdym nowym napadzie odczuwała pragnienie, ażeby się przykre uczucie skończyło.

Objektywnie zauważano, że podczas napadu zanika u chorej wszelkie napięcie mięśniowe, połączone z zanikiem odruchu patelarnego. Poza napadem nie dostrzeżono u niej żadnych objawów nienormalności ani pod względem cielesnym, ani psychicznym.

Podobnie jak w opisanym przypadku, tak i w innych, wśród objawów objektywnych, wysuwa się na pierwsze miejsce wspomniany z a n i k n a p i ę c i a m i ę ś n i o w e g o.

W zależności od zjawisk przedmiotowych pozostają tu także zjawiska podmiotowe, jak niepokój i lęk. Osobnik zdaje sobie sprawę podświadomie, że nie może poruszać członkami, jest tem zaniepokojony i czuje potrzebę wytłumaczenia sobie tego stanu. Znajduje je w wyobrażeniach mocy zewnętrznych, zwierząt dzikich, demonów, inkubów (z czasów średniowiecza).

Stosownie do tego zmora nie potrzebuje nosić znamion ekscytacji, opisywanej w rozdziale o alkoholiźmie chronicznym, w którym występują halucynacje trwożne z ekscytacją.

Wedle zdania autorów, w mechaniźmie patogenicznym podczas zmory odgrywa przeważającą rolę s t a n w a g o t o n i c z n y. Anatomiczne przyczyny zmoryześrodkowują się, stosownie do tego mniemania, w „mózgu wegetatywnym".

K. Wize.

O MECHANIŹMIE PSYCHOLOGICZNYM AFAZJI CENTRALNEJ. — Bronisław R o s t. — Polska. — (Zgłoszono na XIV Zjazd Psychjatrów Polskich w Krakowie).

Afazja centralna cechuje się zachowaniem aktu motorycznego i rozumienia mowy, przy występowaniu parafazji, paragrafji, paraleksji i zaburzeniu

w powtarzaniu słów. Referent opisuje przypadek afazji centralnej, gdzie prócz klasycznego zespołu istniały zaburzenia w rozumieniu dłuższych opowiadań (przy zupełnie dobrem rozumieniu pojedyńczych słów i krótkich zdań) i zaburzenia gnostyczne zbliżone do agnozji typu Wolperta. Zastanawiając się nad stosunkiem afazji centralnej do afazji senzorycznej dochodzi referent do przekonania, że objęte postacie afazji są wynikiem jednego i tego samego zaburzenia podstawowego, a mianowicie rozbicia postaci dźwiękowo-pojęciowej mowy. Różnica między obiema temi formami afazji jest tylko różnicą stopnia. W afazji sensorycznej ulega rozbiciu postać dźwiękowo pojęciowa poszczególnych słów, najprostszych członów mowy naszej. Afazja centralna jest wyższą formą tegoż samego zaburzenia, które dotyczy już nie poszczególnych członków, lecz ogólnej postaci mowy tj. powiązania poszczególnych słów i zdań w wyższe postacie pojęciowe.

Autoreferat.

PSYCHOFIZJOLOGJA BÓLU FIZYCZNEGO. — Jan Mazurkiewicz. — (Medycyna, № 5, 1934 r.).

Obok układu nerwowego epikrytycznego, który reaguje na bodźce elektywne i przewodzi podrażnienia, stające się wrażeniami zmysłowemi, do ośrodków czuciowych — istnieje odrębny układ nerwowy, który reaguje na bodźce różnego rodzaju, jeśli tylko ich natężenie jest wyjątkowo duże lub jeśli się powtarzają po sobie dostatecznie często. Układ ten nazywamy protopatycznym lub afektywnym. Wrażenia protopatyczne mają zawsze swój własny ton uczuciowy, czyli są równocześnie wrażeniami i uczuciem. Narządem odbiorczym bodźców bólowych są wolne zakończenia włókiem natury wegetatywnej. Przewodnictwo podrażnień bólowych jest podwójne, co świadczy niewątpliwie o wyjątkowej jego doniosłości biologicznej. Nadto można stwierdzić zupełnie specjalną ochronę dla t. zw. „potrzeb" fizjologicznych, których nieuwzględnienie przez czas dłuższy jest odczuwane jako przykrość, a nawet ból, mogący dochodzić do uczucia męczarni. Odwrotnie — stan zadośćuczynienia tym potrzebom wywołuje uczucie błogości, które jest pod względem odczuwania identyczne ze stanem euforji u morfinisty.

Uczucie bólu lub przyjemność powstaje dopiero wtedy, jeśli podrażnienie dochodzi do ośrodka afektywności protopatycznej. (Wzgórz wzrokowych).

Za istnieniem ośrodka afektywności protopatycznej wśród ośrodków podkorowych przemawiają następujące fakty: 1) Przerwa w przewodnictwie dróg algoforycznych powoduje brak uczucia bólu. 2) Uszkodzenie jądra bocznego części ogonowej wzgórza cechuje się nie „ubytkiem wrażeń", ale nadmierną reakcją na bodźce uczuciowe w chorej połowie ciała. Tłumaczy się to przewagą dróg hamujących korowowzgórzowych, przy której zniesienie hamującego wpływu kory powoduje wyzwolenie wzmorzonej działalności wzgórza. 3) Za istnieniem podkorowego ośrodka afektywności przemawia fakt dziedziczenia takich konstytucyj psychicznych jak syntoniczna i schizoidna, które dają się określić tylko w terminologji życia uczuciowego. 4) Okres głodu morfinowego cechuje się krańcowo przeciwstawnym euforji, żywiołowo złem samopoczuciem, zupełnie analogicznem do równie żywiołowych stanów, wywoływanych

p r z e z d ł u g o t w a ł e n i e z a s p o k a j a n i e i n n y c h p o t r z e b f i z j o l o g i c z n y c h.

Dotychczasowe, zresztą bardzo skąpe, badania patologoanatomiczne u morfinistów pozwoliły stwierdzić zmiany w korze — mianowicie w 3 i 5 jej warstwie oraz w rogu Amona; nie dały jednak żadnych charakterystycznych zmian w jądrach podkorowych, w szczególności — jądrach wzgórza. Autor jednak na podstawie szeregu spostrzeżeń i faktów przychodzi do wniosku, że wyrównawcza i zastępcza zdolność tkanki mózgowej, szczególnie w sferze czynności psychicznych, jest bardzo duża i jest w mniejszym stopniu z a l e ż n a od zmian histopatologicznych, aniżeli od zmian n a t u r y n e u r o d y n a m i c z n e j.

Jak życie wogóle, tak samo i jego kategorja swoista — życie psychiczne — nie daje się rozkawałkować, ani zatomizować i dlatego bez znajomości energetyki ogólnej układu nerwowego nie dojdziemy do wyjaśnienia nawet tak bardzo elementarnego napozór zjawiska, jakiem jest odczuwanie fizyczne.

O. B.

NERWICE PRZEŁYKU. (Oesophagus-Neurosen). — A. K r o n f e l d. — Niemcy. — Psychotherapeutische Praxis. Band 1. Heft 1, 1934 r.)

Autor rozróżnia 2 rodzaje tej rzadko spotykanej nerwicy: 1) czuciowo-hyperalgetyczny i 2) odruchowo-spastyczny. W obydwu rodzajach ma zastosowanie zasada A d l e r a obowiązująca we wszystkich nerwicach narządów, zasada cielesnego podkładu (cielesnego wyjścia naprzeciw).

Może więc być lokalizowany ból lub skurcz w miejscu wygojonego wrzodu wpustu, blizn po oparzeniu i t. p. Szczególnie w formie bólowej nerwicy spotyka się cielesny punkt wyjścia.

Analiza psychiczna nerwic przełyku wykazuje, że oznaczają one nieświadomą obronę przed wchłonięciem, wcieleniem. W skurczu przełyku przejawia się jednoczesność dwóch kierunków psychicznych „chce" i „w ostatniej chwili jednak nie chce" — analogicznie do ejaculatio precox.

Psychoterapeuta wzywany jest do takich przypadków zazwyczaj w okresach daleko posuniętego wyniszczenia pacjenta. Nie ma wówczas możności stosowania zwykłych metod psychoterapeutycznych. Ze względu na niebezpieczeństwo grożące życiu pacjenta musi przedewszystkiem przełamać objawy, wszystko jedno jak. Dysponujemy obecnie najskuteczniejszą w tych wypadkach metodą S t a r c k a, chirurgicznego rozszerzenia przełyku. Potem można rozpocząć leczenie psychiczne.

K. Golonka.

CZY MOŻLIWĄ JEST ŚMIERĆ Z POWODU NERWICY? (Gibt es einen Tod an Neurose?) — A. K r o n f e l d. — Niemcy. — (Psychoterapeutische Praxis. B. 1. H. 3, 1934 r.).

Mniema się powszechnie, że nerwica nie może być przyczyną zejścia śmiertelnego (pomijając samobójstwo, którego przyczyną jest nerwica). Autor przyjmuje możliwość śmierci na skutek nerwicy. Opisuje 2 przypadki z zejściem śmiertelnem: 1) mężczyzna l. 41 u którego śmierć nastąpiła wśród objawów zaburzeń krążenia i kollapsu przy całkowicie zdrowych narządach, po dłuższem trwaniu ostrych lękowych zaburzeń nerwicowych i 2) kobieta l. 37 która cierpiąc na lęk przed pobieraniem pokarmów, stopniowo zagłodziła się.

K. Golonka.

PRZYCZYNEK DO STUDJÓW NAD MIMIKĄ CZOŁOWOOCZNĄ. (Contribution á l'étude de la mimique fronto-orbitaire.) — J. R. de Fursac et G. d'Heucqueville. — Francja. — (Annales médico — psychologiques. T. I. № 1, 1934 r.).

Rozpatrując całość mimiki czołowoocznej, można dojść do odróżnienia czterech grup objawowych, z których każda stoi pod znakiem poszczególnego mięśnia czołowoocznego:

1) m. czołowy — pobudzenie ducha, zdziwienie i wyrazy pochodne (przykre zdziwienie, przestrach i trwoga; miłe zdziwienie, podziw, radość),

2) m. oczodołowy dolny, — zadowolenie, życzliwość, rodość, wyrażająca się uśmiechem i śmiechem,

3) m. marszczący brwi — skupienie uwagi, ból i smutek,

4) m. podłużny nosa — niezadowolenie, gniew i niesmak.

Wymienione mięśnie wywierają wpływ na całość mimiki, przyczem każdy w swoim zakresie odgrywa dominującą rolę.

K. Wize.

TERAPJA.

LECZENIE GORĄCZKOWE W SCHORZENIACH NEUROLOGICZNYCH I PSYCHICZNYCH POCHODZENIA KIŁOWEGO I NIEKIŁOWEGO. TERAPJA MALARYCZNA CZY GORĄCZKOWA? (La terapia febbrile nelle neuropatie e psicopatie varie, luetiche e non luetiche. Malarioterapie o piretoterapie). — J. Nardi. — Włochy. — (L'Ospedale Psichiatrico. Fasc. III, 1934 r.).

W swej obszernej pracy daje autor przegląd stosowanych środków w leczeniu gorączkowem, zgodnie z chronologją ich praktycznego zastosowania. Omawia technikę stosowania, mechanizm działania, zmiany wywołane w przebiegu leczenia wzgl. w czasie późniejszym w płynach organizmu jak i tkankach na podstawie badania histologicznego. Dzieli wszystkie te środki na następujące grupy: 1. wywoływanie gorączki przy pomocy zarazków zabitych bądź też produktów przez nie wytworzonych (terapja białkowa swoista), 2. leczenie bodźcowe przez zastosowanie białka (terapja białkowa nieswoista), 3. leczenie przez zaszczepienie zarazków żywych (malarja, różnorodne krętki, saprovitan i t. d.), 4. środki chemiczne — w pierwszym rzędzie siarka, 5. środki fizykalne (diatermja, gorące kąpiele).

Zastanawia się dłużej nad działaniem malarji i siarki, jako najbardziej pospolitych i znanych metod leczniczych. W świetle mechanizmu działania obu tych sposobów leczniczych, uwzględniając szeroko wszelkie komplikacje, wywoływane w jednym i drugim przypadku, dochodzi do wniosku, że narazie malarja jest najlepszą metodą leczniczą we wszystkich tych przypadkach, gdzie leczenie gorączkowe jest wskazane. Stwierdza z naciskiem, że w rzeczywistości niebezpieczeństwa przy malarji, na które są narażeni chorzy, są o wiele mniejsze, niżby można było wnosić z pojedyńczych statystyk. Leczenie siarką należałoby zarezerwować jedynie dla początkującej schizofrenji.

S. Hrynkiewicz.

PROFILAKTYKA I LECZENIE PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO. (Profilassi e cura della paralisi progressiva). — V. M. Buscaino. — Włochy.

Remisje w przypadkach porażenia postępującego, występujące w przebiegu leczenia zimnicą, zmniejszyły się w sposób widoczny w ostatnich latach.

W oczekiwaniu na zdobycie leku skuteczniejszego dla zwalczania wymienionej choroby należy, obok profilaktyki w najszerszem rozumieniu, stosować z wzmożoną energją leczenie kiły samej, dodając do specyficznych środków sulfopiretoterapję.

K. Wize.

METODA MARIOTTI'EGO I LECZENIE GORĄCZKOWE SIARKĄ W TERAPJI PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO. (Il metoda Mariotti e la piretoterapia sulfurea nello cura della paralisi progressiva). — A. Vanelli. — Włochy. — (Rassegna di studi psichiatrici. Fasc. II, 1934 r.).

Metoda Mariotti'ego leczenia poraż. postęp. polega na dożylnem wlewawaniu płynu m. rdzen. chorego do którego dodaje się Neosalvarsan i preparat jodowy (Endojodin „Bayer"). Dozuje się zaczynając od 0,15 do 0,9 do ogólnej ilości 6,15. Do terapji siarkowej używa się surfur. pyretogen. F. I. S. M. zastrzykiwanej dopośladkowo. 10 napadów gorączki.

Autor wybrał 15 przypadków poraż. postępującego. Z tych I grupę — poddał leczeniu samą tylko metodą Marioti'ego, II grupę (5 chorych) leczył Mariotti'ego, a potem injekcjami roztworu S. i III wreszcie (5 chorych) równocześnie obiema metodami.

Autor uważa, że najbardziej godną zalecenia jest metoda zastosowana w III grupie.

G. Szwarcenberg.

O ZAGADNIENIU LECZENIA KIŁY WRODZONEJ U DZIECI. — W. Mikułowski. — (Medycyna, № 2. 1934 r.).

Każde leczenie musi opierać się na dobrem rozpoznaniu, a więc i leczenie kiły wrodzonej u dzieci.

O ile dla lekarza jedynie miarodajnym dla rozpoznania kiły wrodzonej jest dodatni odczyn Wassermanna, autor wykazał, że W A zachodzi zaledwo w 20% kiły wrodzonej, natenczas w 80% kiły wrodzonej lekarz nie będzie przystępował do jej leczenia. To samo tyczy się lekarzy, dla których kryterjum kiły wrodzonej to trias Hutchinsona.

Wieloobrazowość tej choroby powoduje błędy rozpoznawcze i lecznicze. Dalej — czynniki niezależne od lekarza, jak np. zatajanie kiły przez chorych (przeważnie w obawie przed niedykrecją urzędników w instytucjach społeczno-lekarskich), przyczyniają się do utrudnienia leczenia przeciw-kiłowego.

Na konferencji w Paryżu 1925 r. pedjatrzy i wenerolodzy wyrazili przekonanie, że w leczeniu dziecka powinno stosować się to wszystko, co jest stosowane u dorosłych. Spornem jest tylko, czy należy najpierw podawać rtęć i bizmut, z następczym stosowaniem arsenobenzolu, czy odwrotnie.

Jedni proponują zaczynać leczenie od podawania rtęci i bizmutu w ilości 0,003 na 1 kg. i dopiero po tym okresie rtęciowo-bizmutowym stosować arsenobenzol, stopniowo — od 0,005, dochodząc do dawki czynnej, tj. do 0,02 na 1 kg., z przerwami 5-dniowemi. Gougerot stosuje u noworodków z kiłą czynną arsenobenzol — do żył czaszkowych — metodą Blechmana — w dawkach stopniowych od 0,003 do 0,02 na 1 kg. — tak, aby w całości dojść do 0,1 na 1 kg. W przypadkach kiły utajonej, dystroficznej lub dotyczącej dzieci, których rodzice są rzekomo wyleczeni, Gougerot prowadzi leczenie bez zastrzykiwań dożylnych lub domięśniowych, a mianowicie — rtęć w postaci wcierek lub kalomelu do wewnątrz, treparsol — 0,001 na 1 kg. do wewnątrz przez 6—8 tyg. z przerwą 3-dniową. Jako leczenie dodatkowe sto-

suje jodek potasu w dawce 0,05 na kwartał i 0,20 na rok życia, zwłaszcza w przypadkach zmian okresu III.

Badacze rosyjscy — Silberman i Minsker — stosują arsenobenzol, bizmut (w postaci Biochinolu) już od 1 tygodnia życia.

Strempel z kliniki w Bonn, jak i autorzy francuscy, podają równocześnie salwarsan i bizmut albo rtęć. Jako środek zapobiegawczy w leczeniu arsenowym przeciw żółtaczce i erytrodermji stosują podsiarczyn sodu w 20% (Ravant Talon), adrenalinę (Milian). Villaret, Justin, Bezançon i Deroile zwiększają tolerancję wobec środków lekarskich, jak: arsen, rtęć i sole złota przez równoczesne podawanie wyciągu wątroby.

Ważnym warunkiem skuteczności leczenia swoistego jest stosowanie opoterapji wielogruczołowej.

Inni autorzy, chcąc wzmocnić działanie leczenia swoistego, zastrzykiwali atroficznym oseskom insulinę w ilości 3—4 jednostek raz na dzień, a równocześnie podawali cukier podskórnie lub doustnie. W kile układu nerwowego, szczególnie w przewlekłych encefalopatjach dziecięcych, Valledor otrzymywał dobre wyniki, tj. znikanie bólów, konwulsji i objawów spastycznych, przez stosowanie nakłuć lędźwiowych. Soecken zaś stosował leczenie malarją.

Według Davisa-Kassowitza, w rodzinie kiłowej występują najpierw poronienia, potem płody nieżywe, następnie płody przedwczesne, a wreszcie „zdrowe" dzieci. Lésné wykazał, że matki kiłowe, leczone przed ciążą i wczasie ciąży, rodzą 86,4% dzieci normalnych; gdy są leczone tylko w czasie ciąży — 81%, nie leczone zaś wcale — tylko 28,2% dzieci normalnych. Leczenie zapobiegawcze matki ciężarnej jest koniecznie potrzebne, nawet przy braku zmian uchwytnych morfologicznie.

Leczenie kiły wrodzonej przez pedjatrów powinno być szybkie, energiczne, maksymalnemi dawkami w granicach tolerancji, wielorakie pod względem środków swoistych, podlegające kontroli laboratoryjnej, a jako pomocnicze opoterapeutyczne wielogruczołowe. Leczenie malarją, kąpielami, zawierającemi arsen, w Lubieniu i Niemirowie, ma swoje wskazanie w kile wrodzonej.

Tej miary powaga w dziedzinie leczenia kiły co Pinard podkreśla znaczenie społeczne oraz sądowo-zapobiegawcze leczenia przeciwkiłowego osobników z kiłą wrodzoną, wykazujących pewne zboczenie charakteru, np. złośliwość, kleptomanję, skłonność do ucieczek, agorafobję i t. p. Te dzieci dzięki leczeniu swoistemu zabezpieczyć można przed konfliktami z prawem w przyszłości.

Obecny stan wiedzy w zakresie leczenia kiły pozostawia jeszcze dużo do życzenia: nie posiadamy takich leków, które zapewniałyby uniknięcie wszelkich niepożądanych następstw, jako też nie mamy objawów ostrzegawczych pewnych na brak tolerancji chorego na środek przeciwkiłowy. Wreszcie największem niedomaganiem jest brak kryterjum leczniczego, a zatem wraz z Fourniérem stwierdzić musimy, że sprawdzian wyleczenia kiły dziś nie istnieje.

Stefan Oberc.

LECZENIE SCHIZOPHRENJI SIARKĄ. — A. Langelüddeke. — Niemcy. — Z. f. d. G. N. u P. Bd. 149. 1934 r.).

Autor przeprowadził leczenie siarką 35 chorych, którzy odpowiadali następującym warunkom: 1) wiek nie przekraczał 40-tu lat, 2) choroba nie-

trwała dłużej jak cztery lata, 3) u chorych nie było okresowości w przebiegu, 4) przy zestawianiu wyników nie brano pod uwagę tych przypadków, których z tych czy innych powodów nie można było przeprowadzać leczenia.

Przy leczeniu stosował autor jednoprocentowy roztwór siarki w oliwie, Sulfozynę i Anästesulf. Ze względu na przykre objawy uboczne jak bolesność miejscowa zaniechał stosowania roztworu siarki w oliwie, jak również sulfozyny i pozostał przy preparacie Anästesulf jako mniej bolesnym i skracającym leczenie o 10 dni. W leczeniu posługiwał się nieco zmodyfikowaną metodą zaproponowaną przez Dreyfuesa i Weinberga. O godz. 19-tej robił zastrzyk Anästesulfu 0,5% w ilości 2 cm³. Po 11 do 14 godzinach zjawiała się gorączka, sięgająca od 38—39°, która utrzymywała się przez kilkanaście godzin. Po opadnięciu gorączki stosował tę samą dawkę. Dalej postępował w ten sam sposób zwiększając ilość preparatu. Ogółem robił 10 zastrzyków. W swej pracy przytacza trzy krzywe, z których wyraźnie wynika przebieg całego leczenia. W ciągu leczenia nie miał żadnych przykrych następstw, wzgl. powikłań, w większości wypadków obeszło się nawet bez środków nasercowych. Nieliczni chorzy podczas gorączki skarżyli się na ból głowy oraz mieli wymioty. Na ogół czuli się dobrze, w przerwie gorączkowej przebywali poza łóżkiem. U 35 chorych leczonych miał poprawę w 51,4%, wówczas, gdy w przypadkach nieleczonych, które służyły do porównania, poprawa z powodu remisji była tylko w 30%, wobec czego autor uważa, że na poprawę stanu chorobowego wpłynęło leczenie siarką.

Na podstawie tego niewielkiego materjału, autor sądzi, że przy stosowaniu leczenia na większą skalę wyniki byłyby może jeszcze lepsze, a nawet i te są zachęcające do zajęcia się tą sprawą.

B. Warpechowski.

PYRETOTERAPJA SIARKOWA W DEMENTIA PRAECOX. (La pyrétothérapie soufrée dans la démence précoce). — A. Donnadie et P. Loo. Francja. — (Annales médico-psychologiques. T. 1. № 5, 1934 r.).

Wyniki terapji siarkowej, stosowanej przez autorów były zależne przedewszystkiem od postaci chorobowej i od chwili zastosowania.

Ostre formy, występujące po wstrząśnieniu wzruszeniowem lub zależne od czynników fizycznych, jak np. zakażenie, kiedy choroba wystąpiła na tle życia dotychczas normalnego, dają najlepsze wyniki.

Inaczej dzieje się z schizofrenjami konstytucyjnemi. Terapja siarkowa działa wprawdzie, jakoby jakieś przebudzenie ze snu, lecz wpływ ten jest przemijający. Najlepiej udaje się leczenie w schorzeniach świeżych, w stanach, w których choroba nie zdążyła zmienić jeszcze całej osobowości.

Nie należy ociągać się z leczeniem w przypadkach niejasnych i pozwalać na rozwinięcie się choroby.

Leczenie trzeba powtarzać i łączyć z innemi metodami wypróbowanemi: z leczeniem antyinfekcyjnem, antyspecyficznem i t. d.

K. Wize.

PRÓBY ENDOKRYNOTERAPJI W SCHIZOFRENJI. (Opyt endokrynnoj tierapii pri schizofrenii). — P. P. Owczarenko. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Psichoniewrologija № 1, 1934 r.).

Za zaburzeniami czynności gruczołów płciowych w schizofrenji przemawia: 1) czas wystąpienia objawów chorobowych, który zbiega się naj-

częściej z okresem dojrzewania, 2) pogorszenie i wybuchy choroby w okresie przekwitania oraz w okresie ciąży, 3) wystąpienie zaburzeń miesiączkowania bezpośrednio przed zachorzeniem schizofrenicznem, 4) charakter często obserwowanych anomalij budowy u schizofreników (eunuchoidyzm, infantylizm, zmiany w owłosieniu endokrynicznego pochodzenia), 5) osłabienie popędu płciowego.

Fakty te skłoniły autorów do poszukiwania właściwej metody leczniczej wśród różnych prób gruczołowej interwencji.

Doświadczenia były robione w klinice pszchjatrycznej Instytutu Psychoneurologji Klinicznej Wszechukraińskiej Psychoneurologicznej Akademji. Są one następujące:

I. operacja Steinacha u 50 chorych,

II. operacja Woronowa (homotransplantacja) — 3 przypadki,

III. organoterapja u 59 chorych.

I. Leczenie metodą Steinacha.

Za przeciwskazanie uważano przypadki o wybitnym rozpadzie osobowości. Przed zabiegiem obserwowano chorego najmniej dwa tyg., po zabiegu — najmniej 2 miesiące, przeważnie zaś — 5-6 miesięcy. Wszelka inna terapja była zaniechana na kilka tygodni przed zabiegiem i nie była stosowana po zabiegu.

TABLICA A.

Wyniki zabiegu Steinacha w związku z poszczególnemi postaciami schizofrenji.

Typ / Wynik	Schizofr. simplex.	Schizofr. paranoides	Schizofr. catatonica	Schizofr. hebefrenica	Postać mieszana	Razem
Remisja	3	2	1	6	1	4
Poprawa	3	4	1	2	0	10
Bez zmian	7	8	6	2	1	24
Pogorszenie	4	2	4	1	1	12
Razem	16	14	12	5	3	50

TABLICA B.

Wyniki zabiegu Steinacha a stan kliniczny.

Przebieg / Wynik	ostry	przewlekły	Razem
Remisja	4	—	4
Poprawa	2	8	10
Bez zmian	6	18	24
Pogorszenie	2	10	12
Razem	14	36	50

TABLICA C.

Wyniki zabiegu Steinacha w związku z konstytucją.

Wynik \ Typ	przeważnie atletyczny	przeważnie asteniczny	przeważnie pikniczny	dysplastyczny	Razem
Remisja	1	3	—	—	4
Poprawa	4	2	1	3	10
Bez zmian	5	13	—	6	24
Pogorszenie	3	8	1	—	12
Razem	13	26	2	9	50

Zmiany libido sexualis w kierunku wzmożenia zauważono tylko w 8 przypadkach.

Poprawa wystąpiła zatem w 14 przypadkach na 50. Przypadki ostre dały poprawę 6 na 14, chroniczne zaś — 8 na 36. Największy odsetek poprawy przypadł na postać paranoidalną, najmniejszy — na katatoniczną.

Poprawa zatem występowała w 28% t. j. w ilości właściwej dla schizofrenji przy leczeniu symptomatycznem (wg. Kraepelina 33%).

II. 3 przypadki, leczone metodą Woronowa, właściwie nie dały wyników, zasługujących na uwagę. Do transplantacji brano gruczoł epileptyka, prawidłowo zbudowanego, w szczególności co do organów płciowych. Jądra w 2 miesiącu po zabiegu zostały zupełnie zabsorbowane.

III. Leczenie wyciągami gruczołów płciowych.

Ogółem było leczonych 59 osób. Ponieważ niektórzy schizofrenicy wykazywali jawne zaburzenia także innych gruczołów, przeto stosowano kombinację wyciągów gruczołów płciowych z wyciągiem prostatae i thireoideae. W pierwszym przypadku, gdy zachodziły objawy starcze, w drugim — gdy postać schizofrenji miała znamiona katatoniczne. Preparaty pochodziły z Ukraińskiego Endokrynologicznego Instytutu. Preparaty „Prostatin“ i „Thyreoidin“ podawano podskórnie i per os. Kurs kuracji składał się z 20 zabiegów po 1 dziennie.

TABLICA A.

Wyniki leczenia wyciągami gruczołów a postacie schizofrenji.

Wyniki \ Postać	Schizofr. paranoidal.	Schizofr. simpl.	Schizofr. catat.	Schizofr. hebefr.	Postać mieszan.	Razem
Poprawa	2	3	5	3	1	14
Bez zmian	8	13	7	8	4	40
Pogorszenie	1	1	2	1	—	5
Razem	11	17	14	12	5	59

TABLICA B.

Wyniki leczenia wyciągami gruczołów a stan kliniczny.

Wyniki \ Przebieg	Przypadki ostre	Przypadki przewlekłe	Razem
Poprawa	13	1	14
Bez zmian	18	22	40
Pogorszenie	5	—	5
Razem	36	23	59

Tu bodaj tylko to zasługuje na uwagę, że stosunkowo często spotykano poprawę w przebiegu ostrym w przeciwieństwie do przypadków chronicznych zachorzenia.

Autor z doświadczeń swych wyciąga nawskroś negatywne wnioski i twierdzi, że w schizofrenji, nie należy oczekiwać wogóle sukcesów leczniczych od terapji gruczołowej w jakiejkolwiek postaci, albowiem — zdaniem jego — pierwotnem w schizofrenji jest zachorzenie mózgu, które prowadzić może wzgl. któremu może towarzyszyć zaburzenie działalności gruczołów wewnątrzwydzielczych.

O. B.

INSULINA W TERAPJI PSYCHJATRYCZNEJ. (Insulin w psichjatriczeskoj praktikie). — N. B. Ugol. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Psichoniewrołogija № 1, 1934 r.).

Autor podawał insulinę w postaci zastrzyków podskórnych w dwóch dawkach, przeciętnie po 20 jednostek dziennie, tylko zrzadka podnosząc dawkę dzienną do 80 jednostek. Kuracja trwała 2—3 tygodnie do 3 miesięcy. Ogólna ilość podanej insuliny wahała się między 170 a 1700 jednostek. Z pomiędzy 13 leczonych pacjentów na depresję (manjakalno-depres. psychoza) w 12 wypadkach otrzymało się terapeutyczny efekt. Rezultaty wyrażały się poprawą apetytu, samopoczucia, snu, zmniejszeniem zahamowania i niepokoju — depresja traciła na nasileniu. Zabieg nie dał skutków przy depresjach starczych oraz depresjach niewyjaśnionego pochodzenia.

Insulina nie działa oczywiście w sposób specyficzny. Trudno zresztą sobie wyobrazić, ażeby naruszenie wzajemnego układu działania trzuski i nadnercza oraz przesunięcie od równowagi ku sympatykotonji mogło być pierwotnym momentem w patogenezie tej choroby. Jednakże 1) insulina okazuje się dobrym środkiem objawowym przy depresjach manjak.-depres. pochodzenia. 2) Insulina daje tem lepsze efekty, im wyraźniej występują objawy sympatykotonji.

O. B.

METODY FIZYCZNE LECZENIA PADACZKI SWOISTEJ. (Fiziczeskije mietody leczenija genuinnoj epilepsii). — A. R. Kiriczińskij i M. I. Prokopienko. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Psichoniewrołogija № 1, 1934 r.).

Leczenie padaczki swoistej należy do zadań wyjątkowo trudnych i niewdzięcznych z uwagi, że dotąd nie jest dla nas jasną jeszcze patogeneza cierpienia, a zatem trudny jest dobór zarówno czynnika fizykalnego zadziałania, jak też wybór miejsca zastosowania zabiegu.

Jednakże niewątpliwym jest fakt związku z napadem padaczkowym pewnych warunków krwiobiegu w mózgu. Większość autorów wypowiada się za tem (Hartenberg, Halban, Tinel, Santenaise, Laignel-Lavastin).

W drugim rzędzie stwierdza się pewną zależność napadów od zaburzeń wymiany materji (Collire).

Trzecia grupa faktów opiera się na spostrzeżeniach Marie, Förstera, Hartenberga, Spieranskiego, którzy podkreślają, że każdy mózg padaczkowego jest uszkodzony w rezultacie jakiegoś urazu, infekcji, intoksykacji i t. p. Ognisko uszkodzone tak jak ciało obce podtrzymuje wkoło

siebie stan chronicznego podraznienia, który przy odpowiednich warunkach może spowodować wyładowanie energji w postaci napadu.

Opierając się na tych przesłankach stosowali autorzy w ambulatorjum Psychoneurologicznego Instytutu, zależnie od przypadków różne metody zabiegów fizykalnych, przytem na podstawie 8-letniej praktyki i bogatego materjału klinicznego opracowali niektóre metody, któremi pragną podzielić się z czytelnikiem.

W i l g o t n e z a w i j a n i a. Trwanie — 40—60 minut t^0 20—24° C. Często przed zawijaniem aplikuje się kąpiele nożne albo też o temperaturze zmiennej przy wskazaniach na przekrwawienie mózgu, wzgl. przeciwnie — ogrzewanie całego ciała Solarem u osób małokrwistych i bladych.

Zawijanie zamyka zwykle oblewanie wzgl. wachlowanie — 24—26° C o niewielkiem ciśnieniu strugi, wzgl. deszczyk, albo półwanna 28—30° C bez energicznych nacierań i masaży. Półwannę zaleca się u epileptyków otyłych.

O ile się zamierza osiągnąć tylko wpływ ogólno-uspokajający natenczas owijanie nie powinno trwać ponad 30—40 m. Przeciwnie zabieg trwa godzinę i dłużej (do lepkiego potu) jeśli pragniemy wywrzeć wpływ pobudzający na wymianę materji. W każdym razie owijanie jest czynnikiem potężnym, regulującym obieg krwi w mózgu przez rozszerzenie naczyń skóry. Następcze zabiegi ochładzające skórę mają za cel podniesienie tonusu rozszerzonych naczyń skóry i przyuczenie układu naczynioruchowego drogą lekkiej kontrastowo-termicznej gimnastyki, do normalnych reakcyj na termiczne i mechaniczne podrażnienia.

Zabiegi jak wyżej powtarza się co 2-gi dzień. Na dzień następny chory otrzymuje zwykle kąpiel elektryczną albo kwasowowęglową 33—35° C.

W niektórych wypadkach stosuje się dynamizowanie chorego d'Arsonwal'em na okolicę kręgosłupa, karku oraz galwanizację albo jontoforezę $Ca\,Cl_2$ kręgosłupa.

Przy stwierdzeniu procesu chorobowego w dowolnej części ciała (gruczoł wewnętrznego wydzielania, przewód pokarmowy, organy wewnętrzne i inne) poddawano zabiegom fizykoterapeutycznym to ognisko, wychodząc z założenia, że ognisko to może być początkiem lęku odruchowego wywołującego napad.

W wyniku takich zabiegów mieli autorzy sukcesy niekiedy wprost imponujące, np. u 6 chorych w przeciągu 2—3 lat napady ustąpiły zupełnie, podczas gdy przedtem występowały 6—20 razy do roku.

W ostatnich latach autorzy rozpoczęli stosować terapję metodą B u r g i g n i o n 'a, która umożliwia przeniknięcie prądu galwanicznego w głąb istoty mózgu. Jontoforezę CaCl i KJ stosuje się co 2-gi dzień. Trwanie zabiegu— 10—12 m., siła prądu — 0,5 do 2 MA. Ogólna ilość zabiegów 15—24. W niektórych przypadkach ilość napadów początkowo wzrastała, następnie jednak malała znacznie.

Obok jontoforezy stosowano również diatermję głowy (czoło-kark). Interesującem jest, że w kilku wypadkach zamiast napadu wystąpiły tu petit mal.

Autorzy zaznaczają, że jednakże wyżej podane metody elektryzacji wymagają jeszcze pewnych dodatkowych studjów, sprawdzania, badań dodatkowych i ewent. niektórych zmian technicznych.

O. B.

WYNIKI OKSYTERAPJI U ALKOHOLIKÓW ORAZ JEJ WPŁYW NA ODRUCHY WEGETATYWNE. (Rezultaty oksitierapii u alkogolikow i wlijanije jeje na wiegietatiwnyje refleksy). — G. A. Kuraszkiewicz i N. G. Smirnow. — Z. S. S. R. — (Sowietskaja Psichoniewrołogija № 1, 1934 r.).

Tlen wprowadzano choremu pod skórę, 5—7 cm. poniżej dolnego brzegu łopatki, rozprowadzając go kolejno w różne strony od miejsca nakłucia. Cały kurs kuracji składał się z 15 zastrzyków tlenu, stosowanych co 2—3 dni. Podano choremu kolejno 250, 300, 350, 400, 450, 500, 550, 600, 650, 700, 600, 500, 400, 300, i 250 cm^3 tlenu.

W wyniku tych zabiegów autorzy przyszli do wniosków, że:

1) Odruchy wegetatywne, zarówno o charakterze wagotonicznym, jako też sympatykotonicznym, będące już w stanie znacznego naruszenia swej pobudliwości u narkomana i u alkoholika w szczególności, przy pierwszych dawkach tlenu dają jeszcze większe krótkotrwałe odchylenia od normalnego stanu pobudliwości, przy końcu zaś kursu zabiegów, pobudliwość ta unormowuje się i wraca do cyfr, zbliżonych do fizjologicznej normy, jednakże z pewną przewagą odruchów wagotonicznych i odruchów hamujących odruchy sympatykotoniczne.

2) Wyniki leczenia alkoholików były zachęcające. Na 50 bowiem leczonych nie piło $1/2$ roku i dłużej ponad 66%, a przez 3 miesiące 20%.

O. B.

LECZENIE BALNEOLOGICZNE CHORÓB NERWOWYCH I UMYSŁOWYCH. — J. Rein. — Polska. — (Polska Gazeta Lekarska № 37, 1934 r.).

Kąpiele wywołują przemianę czynnościową ustroju. Ciepłe wagotonizację, zimne sympatykonję. Autor zaleca kąpiele, szczególnie jodowe (wody Iwonickie), w stanach depresyjnych, w alkoholiźmie przewłocznym, po psychozach egzogenicznych, jako uzupełnienie leczenia morfinizmu.

Wspomina o zaburzeniach psychicznych t. zw. kryzach zdrojowych występujących szczególniej u cyklotymików w czasie leczenia zdrojowiskowego. Objawami choroby są: niepokój, lęk, uczucie agresji, gniewne podniecenie i zamroczenie, halucynacje słuchowe, obniżenie zdolności kombinacyjnych, niekiedy euforyczne podniecenie. Objawy podobne występują przy zatruciu CO^2.

K. Golonka.

LECZENIE NARKOMANJI WYWOŁANEJ ALKALOIDAMI MAKOWCA Jan Nelken. — Polska. — (Medycyna № 5, 1934 r.).

Praca opiera się na własnem długoletniem doświadczeniu klinicznem autora.

Rozróżniamy cztery fazy leczenia narkomanji:

1) detencja — jak najdalej posunięta,

2) mniej lub więcej szybkie, przeważnie stopniowe, zmniejszanie dawek, odejmowanie morfiny,

3) okres rekonwalescencji poświęcony zwłaszcza psychoterapji i

4) systematyczna kontrola w przeciągu 2-ch lat po opuszczeniu lecznicy.

Nagłe pozbawienie morfiny ze względu na ciężkie nieraz objawy głodu morfinowego jest niewskazane. Odejmuje się narkotyk stopniowo. Autor nie robi z tego tajemnicy. Chory zawsze bywa dobrze poinformowany, jaka mu się dawka należy. Leczenia metodą odurzenia trwałego (Dauernarkose) autor

nie uznaje, — traci się moment reedukacyjny. Chory w okresach głodu podlega bardzo łatwo sugestji. Leczenie psychoterapeutyczne ma więc tutaj bardzo szerokie zastosowanie. Po demorfinizacji poddaje się pacjenta leczeniu odżywczemu, a przedewszystkiem psychoterapji, która powinna być skróconą psychoanalizą. Okres ten powinien trwać 2—3 miesięcy. Po opuszczeniu przez pacjenta lecznicy, należy go tam w przeciągu 2 lat co pewien czas umieszczać na kilka dni, celem dokładego kontrolowania. Względy higjeny psychicznej wymagają, aby stworzyć poradnię dla byłych morfinistów.

Na wyleczenie z morfinizmu autor zapatruje się dość pesymistycznie. Na sto kikadziesiąt przypadków zaledwie kilku leczonych przez autora pacjentów zdaje się być wolnych od nałogu. Narkomanje, wywołane innemi przetworami makowca, są naogół rzadkie.

Zygmunt Zieliński

LECZENIE NARKOMANÓW LIPOIDAMI. (Du traitement des toxicomanes par les lipides végétaux. — R. Dupouy i M. Delaville. — Francja. — (L'Encéphale № 3, 1934 r.).

Lecząc morfinistów i heroinistów autorzy podawali substancje, które wiązałyby się z tkanką nerwową w ten sam sposób jak alkaloid. Uzyskali dobre wyniki w 30 przypadkach podając olej rycynowy z lecytyną i insuliną domięśniowo (ampoules D. D.) 4 x dziennie. Ponadto podawali stale u wagotoników efedrynę w ilości 0,05—0,06 pro die podskórnie lub doustnie, u sympatykotoników genezerynę 60—90 kropel pro die, w 3 porcjach. Jednocześnie stosowali stale sedativa — gardenal w dzień, hypnotica — przetwory bromowe i weronal w nocy. Laxantia i diaphoretica: cascara, podophylina, pilocarpina; w niektórych przypadkach adrenalina, hypophysina, genormorphina. We wszystkich przypadkach 2 x dziennie ol. camph. spartein. Kuracja trwała do 10 dni, przy całkowitem zazwyczaj odjęciu narkotyku.

K. Golonka.

WSKAZANIA I PRZECIWWSKAZANIA ALKALOIDÓW MAKOWCA W NEUROLOGJI. — Wł. Sterling. — Polska. — (Medycyna № 5, 1934 r.).

Ani w neurologji organicznej, a tembardziej w czynnościowej (psychonerwice, neurastenje, stany depresyjne) niema żadnego bezwzględnego wskazania, dotyczącego stosowania alkaloidów makowca. W bólach pochodzenia centralnego, podawanie pochodnych makowca nie daje żadnych wyników pozytywnych. To samo dotyczy bólów, związanych z zachorzeniem układu współczulnego. W tych wypadkach stosowanie pilokarpiny, (per os, wzgl. podskórnie), glukozy i siarczanu magnezowego (dożylnie) względnie naświetlań promieniami Röntgena daje doskonałe wyniki. W bólach spowodowanych sprawami obwodowemi, posiłkować się można salicylatami i zabiegami fizykalnemi. W stanach schorzeń przewlekłych, u których struktura neuropatyczna stwarza specjalne podłoże do narkomanji w t. zw. psychonerwicach, podawanie przetworów makowca, a szczególnie morfiny jest grzechem, obciążającym sumienie lekarza. W tych wypadkach stosować należy przedewszystkiem leczenie oparte szeroko na zasadach psychoterapji.

Zygmunt Zieliński.

NIEMOC PŁCIOWA U MĘŻCZYZN, JEJ PATOGENEZA I LECZENIE. E. Margiel. — Polska. — (Wiedza lekarska № V. i VI., 1934 r.).

U każdego chorego, który zgłosił się do lekarza z niemocą płciową, należy przeprowadzić jak najdokładniejsze badanie wewnętrzne i neurologiczne,

badanie moczu, krwi, przemiany gazowej dla wykrycia ewentualnych zaburzeń w działalności gruczołów wewnętrznego wydzielania. Po ustaleniu rozpoznania orjentujemy się, z jakiego rodzaju niemocą mamy do czynienia i decydujemy się na daną metodę leczenia. We wszystkich przypadkach niemocy płciowej okazała się bardzo skuteczną essentia testiculorom dr. Popowskiego. Nie należy jej stosować przy przedwczesnym wytrysku nasienia i przy wzmożonych pollucjach. W tych wypadkach obok elektroterapji okazała się bardzo skuteczną Passiflorine. Nie należy podawać bromu, gdyż obniża popęd i libido. Przypadki niemocy płciowej psychicznej nie powinny być leczone miejscowo, lecz ogólnie wzmacniająco oraz psychoterapją. I w tych przypadkach ossent. testiculorum bardzo pomocna. Wyciąg z jąder jest potężnem tonicum dla obu płci. Zygmunt Zieliński.

PSYCHOTERAPJA ZAKŁADOWA. (La Psychothérapie á L'asile). — H. Simon. — Niemcy. — (L'Hygiene mental N. 1, 1933 r.).

Widoki psychoterapji nie są te same dla chorych umieszczonych w zakładzie, co dla chorych z poza zakładu. Gdy się mówi o psychoterapji, myśli się zwykle, prawie wyłącznie, o tych ostatnich. Kardynalnym sposobem leleczenia psychozy organicznej (a takich wypadków jest w zakładzie przytłaczająca większość) jest usunięcie jej przyczyny, do czego w sposób bezpośredni ręki dołożyć jeszcze najczęściej nie umiemy. Psychoterapja jednakże pomaga nam w znacznej mierze do wywarcia wpływu na przebieg bardziej dobrotliwy (zwłaszcza pod względem subjektywnym) psychozy; można zmienić zachowanie się chorego i jego ustosunkowanie socjalne, modyfikując warunki życia w zakładzie i zdążając wytrwale do zlikwidowania oddziałów dla „chorych niespokojnych". Psychoterapja znosi całkowicie, albo conajmniej częściowo środki przymusowe, obniża czas internowania i pozwala na prędsze zużytkowanie socjalne zdolności i pracy chorych, uważanych dawniej za straconych dla społeczeństwa. Podstawą takiej psychoterapji jest skrupulatne, rozumne i spokojne ich traktowanie, wymagające od lekarza i personelu pielęgniarskiego niepoślednich kwalifikacyj. Ale wysiłki wieńczy wielka nagroda.

Podobne uwagi znajdzie czytelnik — zdaniem autora — „tu i tam", ale szczególnie w książeczce Kraepelina pt. „Sto lat psychjatrji".

K. Wize.

PSYCHOANALIZA W PRAKTYCE LEKARSKIEJ. — Dr. med. dr. fil. Tadeusz Bilikiewicz, doc. U. J. — Wydawnictwo Lekarskie „Eskulap", Warszawa, str. 31.

Praca Bilikiewicza stanowi istotne zbogacenie szczupłej polskiej literatury psychoanalitycznej. Przeznaczona dla lekarza zajmującego się ogólną praktyką lekarską, oddać może usługi także neurologowi i psychjatrze. Pomyślana została jako podręcznik techniki psychoanalitycznej. W bardzo skondensowanej formie omawia przytem patogenezę zaburzeń nerwicowych nie poruszając ich kliniki. Znaczna część pracy poświęcona jest zagadnieniu marzeń sennych. Autor omawia szczegółowo, na licznych przykładach, mechanizmy, symbolikę, znaczenie marzeń sennych oraz ich rolę w pracy analitycznej.

W poglądach swoich zbliża się Bilikiewicz do aktywno-analitycznej szkoły Stekla (patogeneza nerwic, właściwa ocena znaczenia snów w pracy analitycznej, skrócenie okresu trwania psychoanalizy).

Podkreślić należy z naciskiem osiągnięcie B. dotyczące skrócenia czasu trwania leczenia psychoanalitycznego. Doświadczenie codzienne uczy bowiem, że nawet w bardzo ciężkich nerwicach, także w nerwicach z natręctwami, uzyskać można efekt leczniczy w 4—12 tygod. Przedłużanie leczenia ponad 3 mies. może dać często skutek wprost sprzeczny z zamierzeniem. Nie można natomiast zgodzić się z niektóremi twierdzeniami autora dotyczącemi techniki tłumaczenia snów. Jego zasadę tłumaczenia marzeń sennych, jedynie we fragmentach, uważam za nieodpowiadającą obecnemu stanowi techniki analitycznej. W tłumaczeniu marzenia sennego należy właśnie kłaść nacisk na ujęcie go jako całości i na jego symplifikację. Jako pewien brak odczuwa się również pominięcie zagadnienia dwubiegunowości uczuć w marzeniu sennem i niepodkreślenie znaczenia zabarwienia uczuciowego snów przy ich tłumaczeniu.

Przejrzysty i jasny wykład, odrzucenie balastu spekulacyj, są wielką zaletą książki, która także i tem może pomóc zamierzeniom autora: „obudzić zrozumienie u czytelnika dla zjawisk psychopochodnych".

K. Golonka.

SPRAWOZDANIA ZE ZJAZDÓW I TOWARZYSTW NAUKOWYCH.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA NAUKOWEGO Kliniki Neurologiczno-Psychjatrycznej U. P. i zarazem Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego z dnia 2.IV.1933 r.

Dnia 2.IV.1933 r. odbyło się w Klinice Neurologiczno-Psychjatrycznej U. P. posiedzenie zaproszonych przez p. Prof. Borowieckiego psychjatrów Wielkopolskich z wiceprezesem Oddziału Poznańskiego Pol. Tow. Psychjatrycznego p. Drem Szumanem na czele. Po wybraniu na przewodniczącego zebrania p. Dra Szumana p. Prof. Borowiecki wystąpił z wnioskiem o wznowienie działalności Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto, poczem na miejsce ś. p. prezesa Dra Skoczyńskiego wybrano prezesem p. Prof. Borowieckiego. Wybór wiceprezesa odroczono do następnego posiedzenia. Jako sekretarza wybrano p. Dra Hrynkiewicza. Poczem zebrani obradowali dalej już jako Oddział Poznański Polskiego Tow. Psychjatr. Jako termin zebrań ustalono sobotę wzgl. piątek godzinę 20-tą i uchwalono, że zebrania winny się odbywać conajmniej raz na kwartał.

W wyniku dyskusji nad zakresem prac Towarzystwa, w której zabierali głos p. Prof. Borowiecki, p. Dr. Szuman i p. Dyr. Bieławski przyjęto, by — ze względu na bliski związek neurologji z psychjatrją oraz brak osobnego Towarzystwa Neurologicznego w Poznaniu — uwzględniano także sprawy neurologiczne na zebraniach Towarzystwa z tem jednak zastrzeżeniem, ażeby, o ile możliwe, rozdzielać posiedzenia na czysto psychjatryczne lub też neurologiczne.

Jako drugi punkt programu omawiano sprawy Zjazdu psychjatrycznego, który ma się odbyć we wrześniu rb. w ramach XIV Zjazdu Lek. i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Pan Dyr. Bielawski oświadczył, że Zakład Psychjatryczny w Kościanie uzyskał odpowiednie kredyty na przygotowanie druków, prospektów itp. i wyraził gotowość ofiarowania gościny dla gości Zjazdu w Zakładzie.

Z kolei wygłosił Dr. M a r k i e w i c z referat na temat: „S p o s t r z e ż e n i a n a d z a c h o w a n i e m s i ę m y s z y n o r m a l n y c h i a l k o h o l i z o w a n y c h n a l a b i r y n c i e p r z e s t r z e n n y m".

Referent przeprowadził obserwacje nad zachowaniem się białych myszy na skonstruowanym z cienkich beleczek, przestrzennym, 3-piętrowym labiryncie. Każdą mysz po kolei umieszczano na szczycie labiryntu, następnie — bez zastosowania zwykłego bodźca w postaci kary czy nagrody — obserwowano zachowanie się zwierzęcia, przyczem notowano, czy i w jakim czasie rozpoczęło ono schodzić, ile razy, w dalszej drodze, powtarzało jakieś odcinki drogi oraz kiedy i w jaki sposób uwalniało się z labiryntu, czy też wogóle nie „reagowało" na labirynt. Doświadczenia przeprowadzone na dwóch grupach zwierząt: w pierwszej, obejmującej 32 samców i 34 samic 3—4 miesięcznych, z każdem zwierzęciem tylko jednorazowo, co dało możność zaobserwowania pewnych „wrodzonych" zdolności zwierzęcia przejawiających się w jego reakcji na daną sytuację — w drugiej, obejmującej 16 samców i 16 samic 6—7 miesięcznych, z każdem zwierzęciem czterokrotnie, co pozwoliło także rozważać kwestję zdobywania przez zwierzęta doświadczenia. Warunki, w jakich przeprowadzono obserwację zwierząt, dały możność rozważania różnorodnych samorzutnych tendencji ruchowych badanych zwierząt.

W pierwszej już grupie stwierdzono wyraźne różnice w zachowaniu się samców i samic: samice przeciętnie szybciej rozpoczynały schodzić i szybciej kończyły drogę wykazując tendencję do „wybierania" najczęściej „dobrego" zejścia, przyczem ilośc powtórek była u nich średnio większa. Samce później

rozpoczynały i kończyły drogę z mniejszą ilością powtórek, wykazywały mniejszą tendencję do opanowania labiryntu a raczej dążyły do szybkiego uwolnienia się z niewygodnej sytuacji przez rodzaj skoku w miejscach najbliższych podstawy. W drugiej grupie ponadto samice wykazywały przy parokrotnych próbach większą jednolitość i wyraźny postęp w zachowaniu się, gdy przeciwnie samce wykazywały brak jednolitości a nieoczekiwane, znaczne nieraz wahania i mniejszy postęp. Wreszcie dało się stwierdzić, że młodsze samce były bardziej ruchliwe, starsze znów samice lepiej reagowały na labirynt, niż młodsze.

Teorja uczenia się przez próby i błędy nie wystarcza dla wytłumaczenia zachowania się myszy na labiryncie. Analiza jego daje możność przedewszystkiem mechanizmów ruchowych: zwewnątrzpochodnego czynnika „impulsywności" i z zewnątrzpochodnego „reaktywności" wkraczającej czy też rozwijającej się na tle pierwszej. Pierwszy warunkujący biologiczną ruchliwość zwierzęcia, tendencję do wyładowania ruchowego, może się przejawiać w postaci jakiegoś pierwotnego automatyzmu ruchowego o charakterze rytmicznej stereotypji i wyrazić się m. i. w tendencji do powtarzania przez zwierzę jakiegoś odcinka drogi albo też w postaci tendencji do uwalniania się na najkrótszej drodze z labiryntu (samce). Drugi czynnik przedstawia tendencję zwierzęcia do dostosowania się do sytuacji, co przejawić się może w formie jakgdyby zdolności do wglądu w sytuację, wyrazić się może (jak u samic) w schodzeniu po dobrej drodze oraz zdolności nabywania doświadczenia.

Oba te czynniki są zawsze ściśle ze sobą związane: lekki stopień automatyzmu wydaje się przytem sprzyjać nabywaniu przez zwierzę doświadczenia, znaczny natomiast je uniemożliwia, jak to widać było w zachowaniu się pewnej innej rodziny myszy z wybitnie rozwiniętym automatyzmem (bieganie w koło), u których próba z labiryntem wypadła negatywnie.

Wreszcie wykazały analogiczne, porównawcze obserwacje myszy, które były poprzednio przez 4 miesiące pojone alkoholem, że zwierzęta te, jakgdyby lepiej schodziły przy kilku próbach i prędzej się uczyły niż odpowiednie kontrolne, wykazując przytem przeciętnie mniej powtórek. Niemniej jednak zachowanie się ich nosiło znamiona pewnego zubożenia w postaci zmniejszenia wrodzonej impulsywności zwierzęcia, więc upośledzenia tak cennej biologicznie ruchliwości jego, i zwężenia granic wahań intraindywidualnych. Pozornie „lepsze" wyniki należy tu ocenić nie jako wyraz pewnej lepszej sprawności, lecz jako wyraz bardziej może prymitywnych tendencji psychomotorycznych zubożałej psychiki.

Badania te wykazują zgodnie ze stanowiskiem współczesnej psychologji, doniosłe znaczenie samorzutnej impulsywności ruchowej i pewnego automatyzmu dla opanowania przez zwierzę jakiejś sytuacji i nabywania doświadczenia oraz konieczność należytego współdziałania przytem różnych wyodrębnionych czynników psychomotorycznych dla wartościowego pod względem biologicznym zachowania się zwierzęcia. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad referatem zabierają głos pp.: Dr. Szuman, Prof. Błachowski, Prof. Borowiecki, Mjr. Dr. Naramowski, Dyr. Bielawski, Dr. Luziński oraz Dr. Jaroszewski.

Na tem posiedzenie zamknięto. Jako termin następnego posiedzenia ustala się dzień 17.VI.1933 r.

Sekretarz: S. Hrynkiewicz.

PROTOKÓŁ POSIEDZENIA Oddziału Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego w dniu 17. VI. 1933 r.

1. Dr. Markiewicz odczytuje sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia.

2. Omówienie dalszej sprawy organizacji Poznańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Jako wiceprezesa wybrano p. Dyr. Bielawskiego,

3. Dyskusja nad programem obrad Sekcji neurologicznej i psychjatrycznej XIV Zjazdu Lek. i Przyrodników Polskich.

4) P. Prof. Borowiecki i p. Prof. Kapuściński przedstawili trzy przypadki bezładu rodzinnego z zanikiem naczyniówki.

5. P. Prof. Dr. Borowiecki wygłasza wykład p. t. „Urazy czaszki w świetle materjału kliniki neurologicznej Uniwersytetu Poznańskiego". Prelegent poddaje krótkiemu przeglądowi 100 przypadków urazów czaszki badanych w klinice neurologicznej Uniwersytetu Poznańskiego. Z przeglądu tego zostały wyłączone przypadki skomplikowane przez kiłę, arteriosklerozę, ostre zapalenie opon, ropień i t. p. W śród tych 100 przypadków 92 dotyczyło pęknięć czaszki lub wstrząsu mózgowego, które nie wymagały interwencji chirurgicznej. Analiza tych przypadków potwierdza nowsze zapatrywanie na wstrząs mózgowy, jako na zjawisko uwarunkowane bardzo często zmianami anatomo-patologicznemi. Stosunkowo często można było stwierdzić objawy uszkodzenia układu nerwowego nietylko w przypadkach pęknięcia czaszki ale także przy wstrząsie mózgu. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało często zmiany, nawet w przypadkach uważanych za nerwice. W 73 przypadkach znaleziono w płynie mózgowo-rdzeniowym nieznaczne zwiększenie ilości białka i lekką pleocytozę, które występowały razem lub oddzielnie. Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym były naogół znaczniejsze w tych przypadkach, w których objawy neurologiczne były cięższe. Często zmiany te były też silniejsze im wcześniej po urazie wykonano nakłucie lędźwiowe. Zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego przedstawiają niekiedy jedyny objaw organiczny, świadczący o zmianach anatomo-patologicznych w następstwie urazu. Jak z zestawienia tego wynika, rozpoznanie nerwicy urazowej, a więc zaburzenia pozbawionego wszelkich cech organicznych, winno być zatem stawiane z wielką ostrożnością. (Rzecz ogłoszona w „Lekarzu Kolejowym", nr. 2—3,1933 r.).

W dyskusji zabierają głos: Dr. Szarf wskazuje na rzadkość nerwic urazowych według zestawienia p. Prof. Borowieckiego, gdy tymczasem według orzecznictwa wydawałoby się, że nerwice urazowe rozpoznaje się bardzo często. Zdaniem Dra Szarfa należy więc rzadziej rozpoznawać czyste nerwice urazowe. — P. Mjr. Naramowski sądzi, że należy zostawić wyrażenie „nerwica urazowa", bo jego pojęcie jest jasne dla neurologa. P. Prof. Horoszkiewicz omawia podział urazów, podany przez p. Prof. Borowieckiego oraz kwestje związane ze zmianami płynu mózgowo-rdzeniowego przy commotio cerebri. P. Doc. Gruszecka podnosi ważność wywodów p. Prof. Borowieckiego jako objektywnej podstawy dla orzecznictwa urazowego. P. Dr. Luziński przypomina, że Francuzi nazywają przypadki urazowe bez cech objektywnych: „symptômes subjectives posttraumatiques".

Sekretarz: S. Hrynkiewicz.

VIII. OGÓLNO-LEKARSKI KONGRES PSYCHOTERAPEUTÓW obradował w Bad Nauheim w czasie od 27—30 marca 1935 r. Tematem specjalnym obrad było zagadnienie: Czy może być stosowaną psychoterapja nie oparta na określonym światopoglądzie? Problemowi temu poświęcone były referaty Zimmera (Heidelberg): „Hinduskie poglądy na psychoterapję", Curtiusa (Duisburg): „Zbiorowe nieświadome w ujęciu C. G. Junga i jego stosunek do osobowości jednostki i duszy zbiorowiska", K. Gangera (Berlin): „Zdrowe i chorobliwe tworzenie ideału", V. H. v. d. Hoppa (Amsterdam): „Osobowe, nieosobowe i ponadosobowe w psychoterapji". Stanowisko ostatniego znalazło wyraz w tezie, że na podstawie obecnego stanu psychoterapji można twierdzić iż nie istnieje nieosobowa psychoterapja, w odróżnieniu od dawnego Freudowskiego stanowiska: neutralności światopoglądowej w psychoterapji. Również opinja kongresu wypowiedziała się w kierunku niemożności stosowania leczenia psychicznego nieopartego o światopogląd.

Drugim tematem specjalnym było zagadnienie: O ile można wyuczyć się psychoterapji? Referenci — Krisch (Drezno): „Możność nauczenia się psychoterapji" i Künkel (Berlin): „Możność nauczenia się sposobu myślenia głębinowo psychologicznego", na podstawie swoich doświadczeń wyrazili pogląd, że psychoterapja wymaga specjalnych uzdolnień i, że najistotniejszych wartości lecznictwa psychicznego wyuczyć się nie można.

K R O N I K A.

XV. ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH odbędzie się w czasie od 8—10 czerwca 1935 r. w Płocku i Gostyninie.

Program obrad:

Dnia 8 czerwca 1935 r. — Godz. 9—13.

Uroczyste otwarcie Zjazdu:

1. Doc. Dr. E. Artwiński i Doc. Dr. M. Zieliński (Kraków): O zmianach psychicznych u chorych z nowotworami mózgu.
2. Doc. Dr. Wł. Sterling (Warszawa): Zmiany psychiczne w guzach mózgu na zasadzie własnego doświadczenia.
3. Dr. Wł. Bernasiewicz i Dr. A. Rolecki (Choroszcz): Guzy mózgu a zaburzenia psychiczne na podstawie materjału Szpitala w Choroszczy.
4. Płk. Dr. J. Nelken (Warszawa): Zaburzenia psychiczne przy postrzałach mózgu.
5. Dr. Wł. Godłowski (Kraków): Zaburzenia psychiczne w zapaleniach mózgu z wyłączeniem śpiączki nagminnej.
6. Dr. J. Horodeński (Kraków): Zaburzenia psychiczne w sprawach mózgowych na tle alkoholizmu.

Godz. 16—18.

1. Prof. Dr. M. Rose (Wilno): Choroby psychiczne w świetle badań nad uraźnością mózgu.
2. Prof. Dr. J. Rothfeld (Lwów): O zaburzeniach psychicznych w przebiegu nowotworów mózgu i ich wartości dla lokalizacji w mózgu.
3. Dr. J. Handelsman i Dr. Z. Messing (Tworki): Korelacja anatomiczno-kliniczna zaburzeń psychicznych w pewnych cierpieniach organicznych mózgu.
4. Prof. Dr. M. Rose (Wilno): Zaburzenia psychiczne w następstwie bąblowca mózgu. — Dyskusja.

Dnia 9 czerwca 1935 r. — Godz. 9—12.

1. Doc. Dr. W. Łuniewski (Tworki): T. zw. poczytalność zmniejszona w ujęciu kryterjów prawnych, psychjatrycznych i życiowych.
2. Doc. Dr. G. Bychowski (Warszawa): O pewnych kryterjach psychologicznych i społecznych poczytalności zmniejszonej.
3. Dr. L. Korzeniowski (Grodzisk Maz.): O trudnościach stosowania pojęcia „Poczytalność zmniejszona".
4. Dr. J. Szpakowski (Grudziądz): Opieka psychjatryczna nad przestępcą z poczytalnością zmniejszoną.
5. Dr. J. Szpakowski (Grudziądz): Pojęcie „kary" jako jednej z metod wychowawczo psychjatrycznych w stosunku do osobników ze zmniejszoną poczytalnością. — Dyskusja.

Godz. 12—14.

1. Dr. G. Bychowski (Warszawa): Zasady analizy psychjatrycznej spraw ogniskowych.
2. Dr. J. Dretler (Kobierzyn): Analiza nierozpoznanych ogniskowych schorzeń mózgu, przebiegających pod postacią nietypowych psychoz.
3. Dr. St. Paszkowski (Kraków): Zaburzenia psychiczne w guzach móżdżku.
4. Dr. A. Ślączka (Kraków): Zaburzenie psychiczne w guzach III komory.
5. Dr. J. Pinczewski (Warszawa): Dezintegracja psychiczna w chorobie Schildera i stanach pokrewnych. — Dyskusja.

Posiedzenie popołudniowe.

Godz. 17. XVI Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

Dnia 10 czerwca 1935 r. — Sekcja I. — Godz. 9—13.

1. Dr. Wł. Chłopicki (Kraków): Cierpienia organiczne mózgu, poprzedzone psychonerwicami i psychozami.
2. Dr. J. Szczeniowski (Choroszcz): Przypadki omamów w przebiegu parkinsonizmu.
3. Doc. Dr. G. Bychowski (Warszawa): O zespołach czołowych i ciemieniowo-potylicowych.
4. Dr. J. Dretler (Kobierzyn): Wpływ ogniskowych schorzeń mózgu na obraz schizofrenji.
5. Dr. Wł. Godłowski (Kraków): Zaburzenia psychiczne w wągrach mózgu.
6. Dr. A. Ślączką (Kraków): Zaburzenia psychiczne w zespołach mnestyczno-skojarzeniowych. — Dyskusja.

Sekcja II. — Godz. 9—13.

1. Dr. J. Borysowicz i Dr. St. Witek (Wilno): Obraz kliniczny pląsawicy Huntingtona przy braku zmian w jądrach podstawowych kresomózgowia.
2. Dr. L. Baranowski (Wilno), Dr. J. Borysowicz (Wilno), Dr. M. Marzyński (Wilno), Dr. A. Osendowski (Wilno), Dr. J. Paradowski (Wilno), Dr. St. Witek (Wilno) — Metodyka leczenia schizofrenji insuliną.
3. Dr. J. Rose (Wilno): Zachowanie się cukru we krwi w przebiegu leczenia schizofrenji insuliną.
4. Dr. J. Kirschner (Kraków): Genealogja w rodzinie z psychozą manjakalno-depresyjną.
5. Dr. M. Syrota (Choroszcz): Przypadek psychozy zbiorowej.
6. Dr. St. Świerczek (Owińska): Odczyn opadania krwinek w niektórych psychozach organicznych.
7. Dr. Wł. Kamiński (Warszawa): Eksperymentalna krytyka metod badania sedymentacji u psychicznie chorych.
8. Dr. K. Wize (Dziekanka): Różnica pogotowia biopsychicznego w zachorzeniu schizofrenijnem zależna od płci. — Dyskusja. — Zamknięcie Zjazdu.

XVI WALNE ZGROMADZENIE Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego odbędzie dnia 9 czerwca 1935 r. o godz. 17-ej w Gostyninie.

Porządek dzienny:

1. Zagajenie Prezesa Zarządu. 2. Wybór Prezydjum Walnego Zgromadzenia. 3. Odczytanie protokułu XV Walnego Zgromadzenia. 4. Sprawozdanie Zarządu Głównego. 5. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 6. Wnioski Zarządu: a) obniżenie składki członkowskiej, b) fundusz im. ś. p. Radziwiłłowicza. 7. Dyskusja nad sprawozdaniem i wnioskami Zarządu. 8. Wybór tematów na XVI Zjazd w 1936 r. i przedstawienie tematu na Zjazd w 1937 r. 9. Wybór miejsca XVI Zjazdu Psychjatrów Polskich (1936 r.). 10. Wybór 3-ch członków Zarządu na miejsce ustępujących (na rok 1935-1937). 11. Wybór 3-ch członków Komisji Rewizyjnej, Redaktora i Wydawcy Rocznika Psychjatrycznego. 12. Wolne wnioski.

ZEBRANIE KOMITETU REDAKCYJNEGO NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH. W czasie XV-go Zjazdu Psychjatrów Polskich w Gostyninie odbędzie się zebranie Kom. Redakcyjnego N. P. z następującym porządkiem obrad: 1) Krytyka ostatniego zeszytu Nowin Psychjatrycznych. 2) Omówienie materjału przygotowanego do najbliższego zeszytu N. P. 3) Omówienie statutu Organu Polskich Zakładów Psychjatrycznych.

ZEBRANIE KOMITETU REDAKCYJNEGO HIGJENY PSYCHICZNEJ. W czasie XV-go Zjazdu Psychjatrów Polskich w Gostyninie odbędzie się zebranie Kom. Redakcyjnego H. P. z następującym porządkiem obrad: 1) Krytyka zeszytu 1—2 Higjeny Psychicznej. 2) Omówienie materjału przygotowanego do następnego zeszytu H. P.

II. MIĘDZYNARODOWY KONGRES NEUROLOGÓW W LONDYNIE odbędzie się w czasie od 29 lipca do 2 sierpnia 1935 r. Przewodniczący dr. Gordon Holmes, 9. Wimpole Street, London W 1. Sekretarz: dr. Kinnier Wilson, 14, Harley Street, London W 1. Skarbnik: dr. Anthony Felling, 52, Montagu Square, London W 1.

Tematy obrad: Epilepsje, ich etjologja, patogeneza i leczenie.

Referenci: prof. dr. J. Abadie (ogólna etjologja epilepsji), prof. dr. V. M. Buscaino (specjalna etjologja), dr. Stanley Cobb (eksperymenalna patogeneza), dr. Frisch (chemiczna patogeneza), prof. dr. K. Orzechowski (układ wegetatywny w związku z patogenezą), prof. dr. W. Spielmeyer (anatomja patologiczna), dr. Ulrich (terapja), dr. Wilder Penfield (terapja chirurgiczna), dr. M. Sgalitzer (roentgenoterapja), dr. L. J. Muskens (leczenie szpitalne i ogólne).

Fizjologja i patologja płynu mózgowo-rdzeniowego. Referenci: dr. L. Weed (fizjologja sekrecji i resorbcji płynu), prof. dr. G. Schaltenbrand (anatomiczne podłoże), dr. Riser (patologja), Mr. Hugh Cairns (zabiegi lecznicze przy zaburzeniach), prof. dr. Georgi (fizjochemiczne podstawy sekrecji i resorbcji płynu).

Funkcje płata czołowego. Referenci: prof. dr. J. A. Barré i prof. dr. P. Delmas-Marsalet (stosunek funkcji płata czołowego do objawów typu móżdżkowego i labiryntowego), prof. dr. Goldstein (związek z funkcjami ruchowemi), prof. dr. A. Donaggio (związek z układem piramidowym), dr. Cl. Vincent (zaburzenie funkcji po zabiegu chirurgicznym).

Hypothalamus i centralna reprezentacja układu autonomicznego. Referenci: prof. dr. C. U. Ariens Kappers (filogenetyczny rozwój), prof. le Gros Clark (ontogenetyczny rozwój i normalne stosunki u ludzi), prof. dr. W. R. Hess (fizjologja), prof. dr. J. Lhermitte (kliniczny i patologiczny punkt widzenia), dr. Harvey Cushing (chirurgja).

Uczestnikami zwyczajnymi Kongresu mogą być wszyscy neurolodzy, psychjatrzy, neuro-chirurdzy i lekarze zajmujący się neurologją. Zgłoszenia należy kierować na ręce Komitetu Państwowego lub wprost do sekretarza. Składka członkowska 25,— fr. szw. Oficjalne języki Kongresu: angielski, francuski, niemiecki, włoski i hiszpański.

II. ŚWIATOWY KONGRES HIGJENY PSYCHICZNEJ W PARYŻU, który był wyznaczony na 1935 r., odbędzie się w czasie od 27—31 lipca 1936 r. Honorowym przewodniczącym jest Dr. Henri Claude, przewodniczącym komitetu wykonawczego Dr. Eduard Toulose, generalnym sekretarzem Dr. Genil-Perrin.

Uczestnicy zwyczajni kongresu opłacają składkę w wysokości 125 fr. fr.

Zgłoszenia referatów i wykładów należy przesyłać na ręce: Dr. Rene Charpentier 119 Rue Perronet Neuilly-sur-Seine (Seine).

W czasie kongresu odbędzie się Wystawa Higjeny Psychicznej, która będzie miała za zadanie przedstawić historję, cele i metody światowego ruchu psychicznej higjeny.

ZJAZD DELEGATÓW KÓŁ TWA „TRZEŹWOŚĆ" odbędzie się w dniu 29 i 30 maja 1935 r. w Warszawie. Program przewiduje referety: doc. dr. Gustaw Szulc, dyr. Państw. Zakładu Higjeny: „Alkohol a zagadnienie wychowania fizycznego". Red. Jan Szymański: „Poglądy Ignacego Krasińskiego na sprawę pijaństwa — w 200 letnią rocznicę jego urodzin". Dr. Henryk Zajączkowski: „Z doświadczeń i obserwacyj nad lecznictwem alkoholików i narkomanów". Sen. Aleksander Iżycki: „Nasze obowiązki wobec uleczonych alkoholików i narkomanów".

UKONSTYTUOWANIE SIĘ POLSKIEJ LIGI HIGJENY PSYCHICZNEJ. W dniu 4 lutego 1935 roku ukonstytuowała się Polska Liga Higjeny Psychicznej i został wybrany zarząd w osobach: prezes doc. dr. Władysław Sterling, v-prezes doc. dr. Witold Łuniewski, sekretarz dr. Kazimierz Dąbrowski.

1. Redakcja prosi P. T. WSPÓŁPRACOWNIKÓW, ażeby nadsyłane do wydawnictwa prace, referaty (streszczenia), protokóły posiedzeń naukowych, komunikaty, recenzje i wogóle cały materjał, który ma być przeznaczony do druku w wydawnictwie, były pisane: 1) na maszynie (wyjątkowo od ręki, ale bardzo czytelnie), 2) na jednej stronie karty z dużym marginesem po stronie lewej, 3) ażeby wiersze miały 2 odstępy od siebie, 4) ażeby papier dopuszczał poprawki atramentem.

Skrypt winien być poprawiony przez autora. Na jednej stronicy nie powinno być więcej jak 4—5 poprawek atramentem czarnym.

2. Prac nie należy poprzedzać dłuższym historycznym wstępem. Materjał kazuistyczny powinien zawierać rzeczy istotnie potrzebne do naświetlenia omawianego tematu. Metody techniczne doświadczeń, badań, zabiegów leczniczych itp., jeżeli nie są ogólnie znane, należy przytaczać w sposób, umożliwiający czytelnikom zapoznanie się z niemi wyczerpująco. Do prac należy dołączać krótkie streszczenie w języku francuskim względnie polskim. W wypadku ostatnim tłumaczenia na język francuski dokonuje Redakcja.

3. Dołączane do prac fotografje, rysunki, wykresy itp. winny być kontrastowe, ażeby umożliwiały wykonanie klisz.

4. P. T. Autorzy, przysyłający swe prace Redakcji do druku, wyrażają tem samem swoją zgodę na ewentl. dokonanie poprawek, skrótów, odrzucenia któregoś rysunku itp. — przez Redakcję.

5. Redakcja nie przyjmuje prac już gdziekolwiek drukowanych.

6. Skrypty, nie przyjęte do druku, przechowuje Redakcja w ciągu roku.

7. P. T. Autorzy otrzymują pierwszą względnie — na żądanie — następne korekty, celem dokonania poprawek. Nieodesłanie przez P. T. Autorów korekt w ciągu tygodnia od chwili otrzymania ich, będzie Redakcja uważała za równoznaczne z wyrażeniem zgody na wykonanie korekty przez Redakcję.

8. P. T. Autorzy otrzymują 25 odbitek gratis, na żądanie — większą ilość po cenie własnych kosztów wydawnictwa.

9. Do nadsyłanego materjału, przeznaczonego do druku, prosimy dołączać adres, pod którym ma być ewentl. skierowane honorarjum.

10. Całą korespondencję prosimy kierować wyłącznie pod adresem:

REDAKCJA

NOWIN PSYCHJATRYCZNYCH

KOŚCIAN

Sanatorjum dla Nerwowo-Chorych

Telefon 110.

WARUNKI PRENUMERATY:

rocznie . . . . 12,— zł

zeszyt pojedyńczy . . 8,— zł

Konto bankowe: Bank Ludowy w Kościanie

Nr. P. K. O. 201 186. — Foljo 165.VII.427.

Administracja

KOŚCIAN

Sanatorjum dla Nerwowo-Chorych

Telefon 110.